FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1888 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 mai 1888, à 1 heure

Par **Camille DURAND**

Né à Genève (Suisse), le 21 janvier 1858.

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la clinique d'accouchement de la Faculté
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE

L'ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX PRIMITIF DES CICATICES

« Les cicatrices sont trop fréquemment le siège du cancroïde pour qu'on puisse y voir un simple effet du hasard. »
(HEURTAUX. *Du Cancroïde en général*, Th. de Paris, 1860).

Président : M. DUPLAY, *professeur.*

Juges : MM. { LABOULBÈNE, *professeur.*
CHARPENTIER, QUÉNU, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	N.
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. GUEBHARD	MM. PEYROT	MM REMY
BLANCHARD	HANOT	POIRIER, chef des travaux anatomiques	REYNIER
BOUILLY	HANRIOT	POUCHET	RIBEMONT-DESSAIGNES
BRISSAUD	HUTINEL	QUENU	ROBIN (Albert)
BRUN	JALAGUIER	QUINQUAUD	SCHWARTZ
BUDIN	JOFFROY	RAYMOND	SEGOND
CAMPENON	KIRMISSON	RECLUS	TROISIER
CHAUFFARD	LANDOUZY		VILLEJEAN
DEJÉRINE	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA

PAVIMENTEUX PRIMITIF DES CICATRICES

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, en 1886, à l'hôpital Beaujon, une malade atteinte d'épithélioma du bras, développé sur la cicatrice d'un cautère qu'elle avait entretenu pendant quarante-sept ans. M. Quénu, notre maître et ami, chargé à ce moment du service de M. Cruveilhier, nous ayant engagé à prendre ce fait comme sujet de notre thèse inaugurale, nous avons recherché les cas semblables qui pouvaient s'offrir à l'observation dans la pratique hospitalière et les travaux auxquels ce point particulier de la pathologie des cicatrices a pu donner lieu jusqu'à présent. Or, des renseignements que nous avons pu recueillir, des cas qui se sont présentés à nous pendant un espace de temps relativement restreint, des nombreuses observations que nous avons relevées dans la littérature médicale des cinquante dernières années — date des premiers travaux sur le sujet — une conclusion se dégage, c'est que la dégénéres-

cence épithéliale du tissu des cicatrices est loin d'être rare. De toutes les transformations ou néo-formations auxquelles il peut donner lieu, c'est elle qu'on voit survenir le plus souvent. Elle est constatée par plus d'un auteur des observations que l'on trouvera rapportées à la fin de ce travail. Mais nous tenons à établir, de suite, une distinction permettant d'en préciser le but. En effet, jusqu'ici, les auteurs qui ont traité ce sujet, C. Hawkins, Follin, Clément, Jauzion, Crouzet, etc., ont rassemblé, confondu dans leur origine et leur description, les épithéliomas développés sur des ulcérations ou plaies de toute nature, telles qu'ulcères chroniques, ulcères variqueux, trajets fistuleux, lupus, psoriasis — affection ne laissant pas de cicatrices à sa suite — et les épithéliomas développés sur des cicatrices complètes. Les premiers sont très nombreux (1), leur ori-

1. C. Hawkins, *Clinical Lecture, The Lond. méd. Gazette,* 1841, t. XXVIII, page 872-877.

Follin, *Gazette des Hôp.,* 1849, p. 299, 305, 312.

Parmentier, *Bull. Société. Anatom.,* 1864, p. 303. Discussion.

Dupuy, *idem,* novembre 1872, p. 541.

Dubuclet, *Th. de Paris,* 1874.

Aubert, *Société. des Sciences méd. de Lyon,* août 1876.

Bard, *idem,* mai 1877.

G. Lawson, *Brit. méd. Journ.,* 1er novembre 1879, p. 698.

Poncet (de Lyon), *Associat. Française pour l'avancement des Sciences,* Congrès d'Alger, 14-21 avril 1881.

Nicoladoni, *Epithelioma bildung in Sequesterladen,* (*Archiv. für Klin. chirurg.,* Bd. XXVI, Heft I. S. 9, 1881).

Bryant, *The Lancet,* 2 septembre 1882.

Guiard, *Annales des malad. des voies génit. urin.,* 1883, t. I, p. 513-568.

gine est si variable qu'il nous a semblé préférable de restreindre ce travail à l'étude des seconds, pensant qu'il gagnerait ainsi en précision et homogénéité.

Nous ne parlerons donc ici que des cancroïdes ayant pris naissance sur une cicatrice définitivement établie. Il s'agit d'épithéliomas primitifs et l'on voit, qu'il n'est nullement question d'épithéliomas opérés antérieurement et récidivant dans la cicatrice opératoire.

Il est des cas qui se prêtent difficilement à une démarcation bien tranchée, par exemple, une ulcération étendue, depuis longtemps en voie de cicatrisation, celle-ci avec des alternatives répétées de reprise et de regression, variables d'un moment à l'autre. Dira-t-on, dans le cas présent, que le défaut d'une mince lamelle d'épiderme en un point, doive faire considérer cette large surface comme non cicatrisée alors qu'elle n'est plus réduite qu'à une partie négligeable comparativement à son étendue antérieure ? Il est difficile de faire le départ des cas semblables dont l'Observation IX nous fournit un exemple. L'ostéo-myélite du tibia avait causé, chez le malade, des abcès et trajets fistuleux qui tantôt s'oblitéraient, tantôt se rouvraient. Ces alternatives se continuèrent, pendant toute sa vie, jusqu'à l'âge de 70 ans lorsqu'apparut l'épithélioma. Évidemment, les téguments de la région malade n'offraient plus leur structure normale et étaient remplacés par un tissu de cicatrice sur la surface duquel les orifices fistuleux offraient un degré de réparation

Bryant, *The Lancet*, 23 février, 1884, p. 341.
Secheyron, *Bullet. Société. Anat.*, séance du 30 oct. 1885,
Etc., etc.

plus ou moins complet mais en retard sur celle des parties voisines. Quel que soit le point précis de la cicatrice, difficile ici à déterminer exactement, sur lequel est survenue la tumeur il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit d'un épithélioma, développé sur un terrain cicatriciel, qui rentre dans notre catégorie. Du reste, disons-le de suite, le début du mal passe bien souvent inaperçu car les malades ne se présentent à l'examen que lorsqu'il a acquis déjà un certain volume. Nous retrouverons à chaque pas les difficultés de cette localisation précise.

Nous croyons inutile de donner ici la description de l'éptihélioma, on la trouvera dans tous les traités classiques.

Nous laisserons de côté également les épithéliomas développés sur des cicatrices de lupus, complication décrite par Devergie (1), Lailler (2), Vidal (3) et d'autres auteurs et qui a été le sujet d'une thèse récente de M. le Dr Bidault (4), de Lille, élève de M. le professeur Leloir ainsi que d'un travail de M. le Dr P. Raymond (5) paru l'année dernière.

Contre notre désir, nous n'avons pu reproduire quelques observations contenues dans des journaux ou revues

1. Devergie. *Traité des malad. cutan.* 1854, p. 570.

2. Lailler. *Cliniq. de l'hôp. Saint-Louis (France médic.*, 1877).

3. Vidal. *Du lupus* (Leçons recueillies par M. Colson, 1879, p. 12.

4. Bidault. Th. de Lille, 1886.

5. P. Raymond, *De l'épithélioma développé sur lupus, in Annales de Dermatol. et de Syphiligr.*, 25 mars 1887.

de médecine de l'étranger, ceux-ci ne se trouvant pas à la Bibliothèque nationale, ni dans celle de la Faculté.

En lisant celles que nous rapportons, on verra que plusieurs sont intitulées carcinomes ou cancer des cicatrices. Nous avons été conduit à nous demander s'il fallait faire une distinction entre ces dénominations et celle d'épithélioma. Elle est difficile car les auteurs allemands et anglais décrivent sous le nom de carcinome épithélial des tumeurs qui, par leur structure, seraient appelées épithéliomas en France. Sans vouloir anticiper sur le chapitre de l'anatomie pathologique, nous croyons nécessaire de dire, au début de ce travail, que les auteurs qui ont employé l'expression de cancer ou de carcinome, voulaient désigner, par cette expression clinique, une tumeur maligne, tendant aux récidives et à la dégénérescence ganglionnaire. Pour nous, les expressions d'épithélioma ou de carcinome sont synonymes ou plutôt désignent des stades d'évolution différents d'une même tumeur, le mot de carcinome s'appliquant, de préférence, aux cas dans lesquels les éléments épithéliaux sont infiltrés entre les faisceaux conjonctifs du stroma, sans l'interposition d'une membrane limitante.

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, la reconnaissance nous fait un devoir de remercier nos maîtres dans les hôpitaux : MM. Bergeron, Horteloup, Desnos, Siredey, Tillaux, Charpentier, M. le Professeur Pajot, M. Lancereaux pour la bienveillance constante qu'ils nous ont témoignée. Nous conserverons d'eux un souvenir plein d'affection et leur enseignement nous servira de guide dans notre carrière médicale.

Nous ne saurions trop remercier MM. Péan, Le Dentu,

Kirmisson, Quénu, qui ont bien voulu nous fournir des matériaux pour notre travail.

M. le Professeur Duplay, notre éminent maître, qui a dirigé nos premiers pas dans la carrière chirurgicale, nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il daigne agréer, ici, l'expression de toute notre gratitude.

HISTORIQUE

L'étude de cette question remonte à 1834, époque à laquelle C.-H. Hawkins fit paraître son premier mémoire sur le sujet.

Marjolin (1) qui décrivait avant lui, en 1828, sous le nom d'*ulcère verruqueux*, la tumeur que nous appelons maintenant épithélioma papillaire, ne mentionne pas son développement sur les cicatrices. Les maladies particulières à celles-ci étaient du reste peu connues, comme le constate Laugier, en 1834 ; dans *le Dictionnaire de Médecine en 30 volumes*.

Hawkins (2) a désigné cette affection sous le nom de *tumeurs verruqueuses* des cicatrices, vu leur siége et leur origine. Voici un extrait sommaire de sa description : « Sur « la cicatrice apparaît d'abord une petite verrue, sèche, « revêtue d'un épiderme mince mais qui bientôt devient « humide, se couvre d'ulcérations partielles et sécrète un « liquide ténu, âcre, semi-purulent. Pas de douleur à « cette période. Bientôt, l'accroissement devient plus ra-

1. *Dictionnaire de Médecine*, en 21 vol. 1828.

2. C. H. Hawkins, *An warty tumors in cicatrices, Lond. médic. Gazette*, 1834, t. XIII, p. 481 ; *Seven cases of warty tumors, Médic. chirurg. Transact.* Lond. 1835, t. XIX, p. 19-34. *Also in his : Pathol. and. Surg. Writings*, 8°, Lond. 1874, t. I, p. 149-157.

« pide, l'aspect verruqueux s'efface ; de la peau s'élève « une substance plus solide, ressemblant au fongus héma- « tode. Tout autour, bourgeonnent de nouvelles verrues, « subissant la même évolution. La tumeur est très vascu- « laire et saigne quand on la touche. Lorsqu'elle est de- « venue ferme et proéminente, elle s'ulcère et se gan- « grène alternativement et cause des douleurs vives. Sa « base se creuse en ulcère ; sur ses bords, la peau est « élevée, épaissie, renversée. De nouvelles végétations sur- « gissent, s'ulcèrent et se gangrènent. A l'autopsie, on ne « trouve pas d'engorgement ganglionnaire. Ces tumeurs « apparaissent sur les cicatrices de brûlures, sur les cau- « térisations au fer rouge, sur les cicatrices des coups de « verge employés comme punition dans l'armée anglaise. »

En lisant cette description, on voit rapidement qu'elle renferme beaucoup de caractères propres au cancroïde. Le début, l'aspect de la tumeur, sa marche progressive, sa terminaison habituellement fatale pour le malade autorisent à la regarder comme une tumeur maligne. En ce cas la dénomination de tumeurs verruqueuses est impropre, car il n'y a aucune analogie de structure entre une verrue et les tumeurs décrites ci-dessus. Hawkins considère l'affection comme une maladie maligne localement (*Malignant local disease*).

A l'exception d'une femme, les cas qu'il rapporte ne concernent que des hommes de la classe ouvrière, plus exposés aux traumatismes laissant des cicatrices étendues. On ne peut tirer de déductions précises du relevé de l'âge des malades. Ces tumeurs offraient des dimensions variables. Elles étaient complétement indolentes avant de s'ul-

cérer; plus tard des douleurs vives survenaient. Pas de tuméfaction ganglionnaire. La dégénérescence de la cicatrice n'apparut qu'au bout de 11, 16, 19, 20 et 27 ans. Ces tumeurs, dit Hawkins, étaient dures, lardacées, recouvertes d'une masse graisseuse. Leur structure se composait de fibres perpendiculaires à la coupe.

Il ne serait pas exact, croyons-nous, de regarder tous les cas de Hawkins comme des cancroïdes. L'examen histologique faisant défaut et les renseignements sur les signes et la marche de la tumeur manquant, d'autres fois, de précision, il nous semble que cet auteur a réuni et confondu, dans sa description, des chéloïdes cicatricielles ulcérées, qui sont rares, et des cancroïdes nettement caractérisés. On trouvera à la fin de ce travail, trois observations, sur lesquelles deux ont nécessité l'amputation du membre ; la nature n'en est pas douteuse. Nous allons revenir à Hawkins à propros de sa seconde étude.

En 1839, Dupuytren (1), dans le chapitre de ses leçons consacré aux maladies des cicatrices, dit que leur gonflement peut, à la suite de tiraillements répétés, prendre, au déclin de la vie, une nature cancéreuse. Dans ce cas, il faut enlever la cicatrice quand cela est possible et même, dans certains cas, l'amputation du membre s'impose quand le mal est trop étendu. « C'est ainsi, dit-il, qu'il y a quelques années, je fus obligé de pratiquer l'amputation de la jambe à un habitant de la Belgique pour un vaste cancer qui lui était survenu sur la cicatrice d'une brûlure profonde, faite dans son jeune

1. *Leçons orales de clinique chirurg.*, t. VI, p. 126.

âge, par de l'acide sulfurique répandu sur l'articulation du pied avec la jambe, le pied et la partie inférieure de la jambe. Cet individu avait cependant passé sa jeunesse et son âge mûr sans aucune espèce d'accident; le cancer ne se déclara, sur la cicatrice actuellement tiraillée, qu'aux approches de la vieillesse. »

Dupuytren fait suivre ce cas d'un second qui lui est identique. La malade, âgée, avait été brûlée dans son enfance et les cicatrices nombreuses, raides, difformes unissaient l'avant-bras à la main, au-devant du poignet, dont les mouvements étaient difficiles et gênés. Ces deux faits sont très démonstratifs au point de vue étiologique et pathogénique. Les brûlures avaient été graves et leurs cicatrices, très étendues dans le premier cas étaient difformes dans le second. Ces cicatrices anciennes, tiraillées par les mouvements des articulations voisines, se déchirent, s'ulcèrent et deviennent le point de départ d'un épithélioma; chez tous les deux, celui-ci n'est survenu qu'à un âge avancé. Nous verrons que ce dernier fait n'est pas constant.

Nous trouvons, dans *London medic. Gazette* de 1841, une leçon clinique sur le cancer des cicatrices, faite par C. Hawkins (1), où l'auteur décrit plusieurs cas qui se sont présentés à lui, depuis sa première publication, et les divers traitements qu'il a dû leur appliquer. Dans son premier travail, Hawkins n'avait pas classé les tumeurs verruqueuses des cicatrices parmi les tumeurs malignes, malgré leur tendance à l'extension sur place. Il se basait sur leur peu de retentissement sur l'état.

1. *The Lond. méd. Gazette*. 1841, t. XXVIII, p. 872-877.

général, l'absence de dégénérescence ganglionnaire et de généralisation viscérale et l'absence de récidive après une extirpation complète. Mais ici l'auteur modifie son opinion en reconnaissant que si vraiment ces tumeurs se montrent bénignes dans la plupart des cas, elles peuvent parfois revêtir un caractère malin et qu'alors les ganglions ne restent pas indemnes. « L'expérience m'a montré, dit-il, que le cancer des cicatrices était plus malin que je ne l'avais admis. Il ressemble comme marche au cancer de la peau, avec moins de gravité toutefois. Le lieu où il se produit présente une vitalité moindre que la peau saine, ce qui explique la lenteur de sa marche, son peu de tendance à causer la dégénérescence ganglionnaire. Le cancer cutané est plus bénin que celui des muqueuses, malgré la vitalité de la peau et ses propriétés d'absorption. L'affection peut s'étendre à l'os, etc. (1) ». Il n'a jamais vu de généralisation cancéreuse dans les cas qu'il a opérés ni dans ceux qu'il a vu opérer par d'autres. Cet événement, dit-il, est extrêmement rare. L'affection reste toujours locale. On peut en espérer la guérison à condition d'enlever toutes les parties malades. Pour ce qui regarde le traitement, lorsque les caustiques sont indiqués, c'est le chlorure de zinc auquel il donne la préférence. Suivant la gravité des cas, on devra pratiquer l'ablation de la tumeur ou même l'amputation du membre.

Telles sont les conclusions de ce travail qui présente une importance réelle au point de vue clinique, et qui a, de plus, le mérite d'être le premier en date.

1. Hawkins, *loc. cit.*

Trois ans plus tard, la question est reprise par John Macpherson (1) qui, à l'exemple de Hawkins, désigne encore l'affection sous le nom de *tumeur verruqueuse;* il l'aurait observée chez les habitants du Bengale. Elle apparaîtrait sur les cicatrices de brûlure, de coups de verge et sur les cicatrices de cautérisations au fer rouge, pratiquées pour faire disparaître les tuméfactions spléniques d'origine palustre. Ces productions, dit-il, ont *quelque chose de mauvaise nature,* localement, sans pourtant infecter l'économie, Macpherson distingue plusieurs périodes, dans leur marche, qui sont : 1re Tuméfaction simple de la cicatrice ; 2e Tuméfaction avec induration et douleurs de celle-ci ; 3e Vascularisation ; 4e Ulcération et apparition des caractères squirrheux. Pour l'auteur qui rapporte deux observations, l'enlèvement est préférable à la cautérisation. Malgré les caractères rapportés dans cette description, la nature de ces tumeurs reste indéterminée. Peut-être s'agit-il de chéloïdes ? Quoi qu'il en soit, nous ne classons pas les cas de Macpherson parmi les cancroïdes de cicatrices.

Boyer (2), dans le chapitre Cancer de son *Traité* cite le cas d'un cancer de la jambe développé sur la cicatrice ancienne d'une blessure d'arme à feu, pour lequel il a dû pratiquer successivement l'amputation de la jambe, puis celle de la cuisse. Des hémorrhagies incoercibles causèrent la mort du malade. L'artère fémorale était ulcérée par le cancer.

1. *The London médic. Gaz.* décembre 1844.
2 *Traité des maladies chirurgicales,* 1845, T. II, p. 753.

En 1849, Vernher (1) rapporte un fait de dégénérescence cancéreuse d'une ancienne cicatrice.

Dans la même année, Follin (2) publie son *Etude sur les végétations des cicatrices et des ulcères*. Dans cet excellent travail, Follin qui admettait la spécificité de la cellule cancéreuse, sépare les productions cancroïdales des cicatrices du cancer. Il établit deux variétés bien distinctes de végétations des cicatrices : les tumeurs qu'il nomme fibro-cellulaires et les tumeurs produites par une hypertrophie locale et maligne des tissus cutanés sur lesquels repose la cicatrice. Ces dernières seules nous concernent. C'est surtout la forme d'épithélioma, que nous appelons papillaire, que Follin décrit. La forme ulcéreuse serait produite par une vive inflammation du tissu morbide. Ces tumeurs ont de la tendance à récidiver et, dans ce cas, elles infectent l'économie en se propageant de proche en proche ou par la voie lymphatique. Le pronostic, formulé par Hawkins, est donc bien exact. Au point de vue du traitement, Follin rejette l'emploi du chlorure de zinc, conseillé par Hawkins, auquel il préfère le caustique sulfo-safranique de Velpeau. Les cas plus graves nécessiteront l'ablation et l'amputation. Le travail de Follin contient l'histoire d'un malade qui nous paraît être un exemple de l'inutilité dangereuse des cautérisations successives et répétées dans le traitement du cancroïde.

En 1850, Fearnside (3) publie un cas d'épithélioma de

1. *Chirurgisch. Mittheilungen.* Giessen, 1849 et *Schmidt's Jahrb.* T. 65, p. 220.
2. Follin, *Gaz. des Hôpit.* Juin 1849, p. 299, 305, 312.
3. *Lond. Med. Gaz.* septembre 1850.

cicatrice guéri par deux applications du mélange de Ure comprenant une partie de chlorure de zinc et deux de plâtre.

Le Journal de Dublin, de la même année, contient quatre cas dus à Robert W. Smith (1). Ce dernier avait déjà lu, en 1844, dans une séance de la société de chirurgie d'Irlande, un travail sur ces tumeurs. Comme dénomination, il change le nom d'ulcère fibreux, dont il s'était servi, contre celui *d'ulcère verruqueux* dû, comme nous le savons, à Marjolin. Nous ne trouvons rien de particulier à y relever.

La dissertation inaugurale de Pedraglia (2) présentée à la faculté de Giessen, en 1853, renferme quatre observations d'épithéliomas nés sur d'anciennes cicatrices, avec description de l'examen microscopique. La première est celle de Wernher (3) que nous avons déjà citée. Dans les trois autres, la tumeur siégeait à la face, dans un cas, et à la jambe dans les deux autres. Il s'agit de cas graves où le néoplasme a envahi les os.

Malgré cela, les ganglions étaient sains ; leur engorgement inflammatoire n'est noté que dans un cas. La tumeur offrait des dimensions considérables, c'est ainsi que, chez le premier malade elle avait envahi les deux tiers du dos de la main et de l'avant-bras sur une étendue de 22 centimètres et mesurait pour les autres, 15, 8 et 19 centimètres en longueur. L'intervention nécessita, dans trois

1. *Dublin Journal*, mai 1850.
2. *Vier Fälle von Epithelialkrebs auf alten Narben*. Giessen, 1853.
3. Wernher, *loc. cit.*

cas, l'amputation du membre qui donna deux guérisons ; le second malade mourut de septicémie le quatrième jour après l'opération. Le troisième, atteint d'épithélioma de la face, fut traité par les caustiques et mourut au bout de dix-huit mois.

Les lésions ou affections locales, causes de la cicatrice, avaient été graves et intéressé le squelette. Les cicatrices, dit l'auteur, restèrent longtemps intactes sans que l'on puisse trouver une cause externe vraisemblable ou une raison tirée de l'état général pour expliquer leur dégénérescence. Celle-ci ne survint que plusieurs années après, à savoir huit ans (obser. I), seize ans (obs. II), 44 ans (obs. III) et trente ans (obser. IV). Dans les observations I et III, la cicatrice n'avait subi aucune modification ; dans les IIe et IVe, compliquée d'altérations osseuses, elle s'était rompue à diverses reprises et avait suppuré. Nous ne pouvons faire dit Pedraglia, que des hypothèses sur les causes de cette dégénérescence. L'âge avancé semble parfois être une cause occasionnelle. L'affection se manifeste comme une maladie *purement locale* (1), elle ne devient jamais constitutionnelle, et c'est à une particularité individuelle de la cicatrice qu'on doit attribuer sa prédisposition à la dégénérescence. Pedraglia pense qu'il n'y a pas lieu de craindre les récidives sur une cicatrice régulière d'amputation. Nous verrons que les faits d'épithéliomas developpés primitivement sur des cicatrices de moignons contredisent cette manière de voir.

1. Pedraglia, *loc. cit.* p. 36.

Tel est le cas de Velpeau (1). Le malade avait été amputé de l'avant-bras pour un cancroïde de la main développé sur la cicatrice d'une ancienne brûlure. La cicatrice du moignon était parfaitement consolidée depuis longtemps lorsqu'elle fut envahie par une ulcération identique à celle qui était apparue jadis sur la cicatrice de brûlure de la main.

Viennent ensuite les observations dues à Berlet (2), Adelmann (3). Flower (4), dont le fait est un exemple rare de dégénérescence dans les ganglions cervicaux, Humphry (5), qui en rapporte quatre dans le *Médical Times*. Ce dernier employa une fois, avec succès, la méthode préconisée par Hawkins et Fearnside, les cautérisations au chlorure de zinc. Dans un cas, il fit une autoplastie en taillant un lambeau dans la paroi latérale et l'abdomen pour combler la plaie opératoire à laquelle il avait dû ajouter une résection de l'olécrâne. Le résultat fut parfait.

Le Bulletin médical du nord, de 1863, contient une observation, *in-extenso*, fort intéressante, de M. Parise, de Lille (6).

Broca (7), dit dans son *Traité des tumeurs*, à propos de leur ulcération, qu'il a vu se développer une fois sur une

1. *Gazette des Hôpit.* 26 août 1854.
2. *Union médicale*, 1858, n° 48.
3. *Mittheilungen aus der chirurg. Klin. der Univ. zù Dorpat, Günzb. Zeitschr.* 1858-59.
4. *Transact. Pathol. Societ. of London*, t. X. p. 253.
5. *Médical Times a. Gaz.* 19 janvier 1861.
6. *Bull. méd. du nord*, Lille, 1863, p. 380.
7. *Traité des tumeurs*, t. I, p. 219.

petite cicatrice de brûlure un ulcère rongeant, dans la région temporale. Il rapporte deux faits, dont un détaillé ; dans lesquels la tumeur était née sur des cicatrices de la jambe. L'un d'eux a nécessité l'amputation et la pièce, fut présentée à la *Société de chirurgie* le 5 novembre 1862.

La thèse de Clément (1), soutenue à Strasbourg en 1868, ne relate qu'une observation inédite, celle de M. Bœckel. Les autres nous sont connues et traitent d'épithéliomas développés sur des ulcères de jambe, ulcères variqueux ou plaie d'un cautère. D'après Clément, les auteurs qui ont écrit sur le cancroïde, admettant presque tous une prédisposition diathérique, ont laissé de côté les causes occasionnelles et les *conditions spéciales* qui peuvent faire naître cette maladie ou tout au moins la localiser dans un point quelconque de l'économie. A la même époque, Rüdnow, (*Journ. fur normal. u. patholog. Histologie pharmacol. u. klinisch. Médicin.*) étudie et distingue les chéloïdes simples des chéloïdes qui peuvent être compliquées d'épithélioma et qui alors deviennent des cancroïdes. L'épithélioma peut être infiltré dans le tissu de la chéloïde ou s'étendre à son intérieur en formant des boyaux d'enfoncement dont la membrane propre le sépare alors du tissu fibreux de celle-ci (2).

W. Hulke (3), avait observé deux cas d'épithéliomas dé-

1. *Quelques considérat. sur le cancroïde des cicatrices*, Th. de Strasbourg, 1868.
2. In Bogehold, *Virchow's Archiv.* 1882, t. 88, p. 229-246.
3. *Med. Times a Gazette*, 8 Juillet 1871.

veloppés sur des cicatrices anciennes de traumatisme et de brûlure graves. Dans une leçon clinique ultérieure(1), étudiant les conditions qui influent sur le développement de l'épithélioma, il rappelle ses deux observations, dans lesquelles les plaies avaient demandé trois ans pour se cicatriser et qui montrent que le néoplasme était apparu sur une cicatrice *irritable* (Cicatrices tiraillées et déchirées). La cicatrice a été la condition prédiposante, la condition déterminante a été l'irritation mécanique de celle-ci.

La thèse de Dubuclet (2), renferme un cas d'épithélioma de cicatrice traité avec succès par M. le professeur Verneuil par la cicatrisation avec la pâte de Vienne.

Marcuse (3) pratique un grattage à la curette sur une tumeur de même nature, développée sur la cicatrice d'une brûlure qui avait été déchirée antérieurement. La tumeur ayant récidivé, il en fit l'ablation au bistouri mais une seconde récidive se produisit et le professeur Lücke dut pratiquer l'amputation de la cuisse. Marcuse attribue le développement du néoplasme sur la cicatrice, qui occupait la face antérieure de la cuisse, aux tiraillements produits sur elle par les mouvements de l'articulation du genou pendant la marche, et la flexion de la jambe dans la station assise.

La thèse de Jauzion (4), *Epithélioma des cicatrices*, n'en

1. Hulke, *loc. cit*, 8 février 1873, t. I. p. 134.
2. *Essai sur l'épithélioma du pied*. Th. de Paris, 1874.
3. *Deutsch. Zeitschr*. 1876-77. t VII, p. 550.
4. Th. de Paris, 1876.

contient malgré son titre, que trois observations sur douze. Ce sont les cas de Velpeau, Berlet et Bœkel. Toutes les autres traitent d'épithéliomas sur des ulcères.

M. Heurtaux (1) communique à la société anatomique de Nantes plusieurs cas de cancroïdes de cicatrices. Parmi ceux-ci, il en est un digne de remarque. Le malade avait été brûlé aux deux mains, et, sur la cicatrice de chacune d'elle, était né un épithélioma.

Nous ne relatons, dans ce chapitre, que les faits qui nous semblent présenter un intérêt particulier. On trouvera dans les tableaux, dressés à la fin de ce travail, ceux que nous omettons ici à dessein et que nous avons classés dans l'ordre chronologique. Aussi ne faisons-nous que mentionner, en passant, les faits de Cruet (2), Burdel, Pineau (3), Petitfils (4), etc.

Crouzet (5), dont la thèse est consacrée à l'étude de la pathologie des cicatrices, ne nous apporte qu'un cas nouveau, observé dans le service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, en 1878. La cicatrisation de la brûlure aurait demandé huit ans et circonstance pathogénique qui nous a paru unique jusqu'à présent, l'ulcération de la cicatrice fut due à des pustules varioliques, développées sur le tissu

1. *Sociét. Anatom. de Nantes*, Séances du 14 août 1878 ; 8 janvier. et 12 février 1879. (*Bullet. de la Soc.* 1878-79. p. 29, 49, 57).

2. *Socié. anatom.* Séance du 18 janvier 1878.

3. *Gazette hebdom.* 1879. p. 269 et 794.

4. *Sociét. anatom.* Séance du 20 juin 1879.

5. Crouzet. *Contribut. à l'étude des cicatrices*, Th. de Paris, 1879.

inodulaire, qui donnèrent lieu à des croûtes que la malade arracha. Les ulcérations ainsi produites s'étendirent et devinrent le point de départ d'une prolifération épithéliale. C'est celle-ci, du reste, qui a été le plus souvent rencontrée par Crouzet.

En 1882, dans une étude méthodique et consciencieuse de cette question, le docteur Boegehold (1), de Berlin, étudie le développement des tumeurs malignes des cicatrices. Après avoir passé en revue un certain nombre de cas tirés de la littérature médicale, Boegehold, qui désigne sous le nom de tumeurs malignes, les tumeurs épithéliales, nous rapporte trois observations personnelles de cancroïdes de cicatrices. Pour lui, ces tumeurs, quoique n'étant pas rapidement envahissantes, gagnent néanmoins les régions voisines de leur point de départ. Elles donnent lieu parfois à la dégénérescence des ganglions et récidivent facilement après une extirpation incomplète. Sa deuxième observation est intéressante, car elle constitue un des cas rares de généralisation viscérale. Le travail de Boegehold a principalement en vue l'origine histogénique des éléments de la tumeur; nous l'examinerons avec plus de détails dans notre anatomie pathologique.

Dans la séance du 1er juin 1883 de la *Société Clinique de Londres*, M. G. Lawson (2) fait une communication à propos de deux cas d'épithéliomas de cicatrices. Le premier occupait la paupière inférieure et la région antérieure

1. Boegehold, *Ueber die Entwickelung von malignen tumoren aus Narben.* (*Virchow's Archiv.*, 1882, t. 88, p. 229-246).
2. *Medical Times, a. Gaz.*, 1883, t. I, p. 683.

de l'œil. Pour M. Lawson, cette affection est facilement curable au début. On ne peut espérer de guérison lorsque les ganglions sont envahis. Dans la discussion qui suit, d'autres faits analogues sont cités par MM. Godlee, Warrington Haward, Pearce Gould.

Dans leur mémoire sur le *Cancroïde de la peau*, MM. Blum et Mathias Duval (1) font remarquer, en parlant des épithéliomas de la main, que l'immense majorité de ces tumeurs se développe sur une cicatrice ancienne.

La thèse de Villar (2) nous semble confirmer ce que nous disions au début de ce travail, ce que nous cherchons à établir, à savoir, la fréquence de la dégénérescence épithéliale des cicatrices. « Il y a trente ans à peine, dit l'auteur, les tumeurs cancéreuses de l'ombilic, dénomination générique attribuée aux tumeurs malignes de cette région, étaient considérées comme fort rares. Nous devons dire aujourd'hui qu'elles sont fréquentes et qu'elles sont même plus fréquentes que les tumeurs bénignes. Le relevé des tumeurs bénignes de l'adulte nous donne : kystes, 3 cas, fibro-papillomes, 7 cas. La statistique des tumeurs malignes nous fournit 13 cas pour le cancer primitif et 18 pour le cancer secondaire. Les tumeurs cancéreuses de l'ombilic constituent donc, chez l'adulte, la majorité des tumeurs de cette région (Villar, *loc. cit.* p. 86). »

Après cette revue rapide, voyons maintenant ce que disent les auteurs classiques sur le sujet qui nous occupe. Celui-ci nous paraît avoir peu fixé leur attention car,

1. *Archives génér. de méd.*, 1883, p. 129.
2. *Tumeurs de l'ombilic*, Th. de Paris, 1886.

ceux (1) qui en parlent, ne font que mentionner simplement le fait du développement de l'épithélioma sur les cicatrices. Tel Boyer (2), qui ne fait que citer l'observation que nous avons rapportée. Les traités de Lebert, Nélaton, Pitha et Billroth, l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, du Dr John Aschhurst, le *Compendium de chirurgie pratique*, ne nous apprennent rien à cet égard.

Nous n'avons pas trouvé également d'étude spéciale sur cette question dans les dictionnaires, revues ou journaux étrangers que nous avons consultés. Les faits qu'ils contiennent sont rapportés ici.

Follin et Duplay (3), dans le *Traité de pathologie externe*, constatent et décrivent le développement de l'épithélioma dans les cicatrices, plus souvent, disent-ils, sur des cicatrices anciennes ; ces cancroïdes se comporteraient comme les épithéliomas spontanés des autres parties du corps.

M. Terrier (4) exprime une opinion analogue.

C'est en vain que nous avons parcouru les traités des maladies de la peau de E. Bazin, A. Hardy, Hébra et Kaposi, Hillairet et Gaucher, Kaposi. Seuls les traducteurs de celui-ci mentionnent ce point particulier de l'étiologie du cancroïde (5).

1. Legouest, *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, Art. *cicatrices*.
Panas, Cicatrices. *Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*.
Jamain et Terrier, *Path. et cliniq. chirurg.*, t. I, p. 148.
Vidal de Canis, *Traité de Path. ext.*
2. *Traité des malad. chirurg. Loc. cit.*
3. *Traité de pathol. extern.*, t. I, p. 513.
4. *Éléments de patholog. chirur. génér.*, IIe fascicule, p. 666.
5. E. Besnier et Doyon; *in* Kaposi. *Leçons sur les malad. de la peau*, t. II, p. 329.

Nous terminerons en reproduisant l'opinion de Virchow (1) que celui-ci exprime, de la façon suivante, dans la *Pathologie des Tumeurs* : « Il se développe plus tard, dit-il, des tumeurs dans les points qui ont été antérieurement le siége d'une maladie de l'individu. Ainsi, il est bien établi que les *cicatrices* sont, dans certaines circonstances, le point de départ positif du développement de tumeurs. Mais une cicatrice consiste en un tissu qui généralement est incomplétement formé ; en effet, elle ne reproduit pas d'ordinaire, dans sa structure parfaite, la disposition type de la partie. C'est donc un cas bien distinct où l'imperfection du tissu existant devient la cause du développement d'une tumeur (Virchow, *loc. cit.*). »

1. Virchow. *Pathologie des tumeurs*, t. I, p. 62.

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE

Ce chapitre comprend l'étude de la question qui nous a paru particulièrement intéressante, à savoir quelles sont les conditions qui favorisent ou provoquent le développement d'une tumeur maligne sur le terrain d'une cicatrice. Il se compose de plusieurs éléments différents pour lesquels nous avons établi des tableaux distincts, permettant d'en tirer, le plus possible, des données exactes.

Sexe. — Sur un total de 90 observations, nous trouvons 60 hommes et 30 femmes. Cette prédominance de l'affection dans le sexe masculin s'explique facilement ici, les hommes étant plus exposés, par suite de leurs professions, aux lésions traumatiques.

Hawkins l'avait déjà rencontrée. L'expérience montre, du reste, que l'épithélioma est plus fréquent chez l'homme. Sur 207 cas, Heurtaux (1) a trouvé 151 hommes et 56 femmes.

Age. — La majorité des cas s'observe au-dessus de 40 ans. Lorsque l'âge des malades était indiqué, 42 avaient de 40 à 60 ans et 19 de 60 à 80. Au-dessous de 40 ans, nous en trouvons 2 jusqu'à 20 ans et 17 de 20 à 40. Les observations concernant les malades jeunes sont donc rares. Nous en avons rencontré deux cas (obs. XII et XIII).

1. *Du cancroïde en général.* Th. de Paris. 1860.

Age de la cicatrice.

Au-dessous de 1 an. .	6 cas.
De 1 à 10 ans. . . .	7 —
De 10 à 20.	15 —
De 20 à 30.	10 —
De 30 à 40.	9 —
De 40 à 50.	10 —
De 50 à 60.	9 —
De 60 à 70.	2 —
De 70 à 80.	1 —
La cicatrice datait de l'enfance. .	7 —
Indéterminé, mais la cicatrice est dite ancienne.	14 —
	90

Ce tableau nous montre que, sur un total de 90 cas, six fois seulement la cicatrice comptait moins d'un an de date et que le plus grand nombre des cancroïdes, développés sur des cicatrices, s'est montré de 10 à 60 ans après leur formation.

Au-dessus de ce dernier chiffre, sa fréquence diminue beaucoup, fait qui s'explique aisément puisque nous avons vu qu'il s'agit de malades dont le plus grand nombre a atteint la seconde moitié de la vie. Remarquons, en outre, que les deux dernières catégories ne comprennent que de vieilles cicatrices. C'est là, semble-t-il, une condition étiologique essentielle, sinon indispensable, de la dégénérescence épithéliale *l'ancienneté* de la cicatrice.

Quelle conséquence pouvons-nous déduire, à cet égard, de l'étude de nos seize observations personnelles et inédites ?

Dans un cas (Observ. XI), l'âge de la cicatrice est indéterminé, mais il s'agit d'un vieillard de 74 ans.

Dans cinq cas, la cicatrice ne datait que d'un an et au-dessous et offrait un âge moyen de sept mois.

Dans les dix autres, l'âge moyen de celle-ci est de 28 ans.

Nous croyons pouvoir tirer des chiffres qui précèdent deux conclusions. La première, qui est la plus générale c'est que l'épithélioma se développe, de préférence, sur les cicatrices anciennes. C'est de beaucoup le cas le plus fréquent. D'autres fois, c'est le contraire qu'on a l'occasion d'observer mais, ici, la nature du terrain nous semble différer. C'est ainsi que dans notre observation I, où le cancroïde est apparu sur une cicatrice qui n'avait qu'un an d'ancienneté, la plaie du cautère avait été entretenue en suppuration pendant 47 ans. Celle-ci avait duré 38 ans dans l'observation VI et le travail de cicatrisation avait subi maintes interruptions. Six mois à peine, après son achèvement, l'épithélioma se manifeste. Nous voyons, dans l'observation VIII, que la destruction des parties molles péri-articulaires a demandé plus de trois ans pour se réparer et une fois la cicatrice complète, c'est au bout de quatre mois que commence sa dégénérescence. L'observation IX est encore plus démonstrative. Le cancroïde envahit la cicatrice, un mois à peine, après sa fermeture, mais cette cicatrice, causée par une ostéo-myélite sous-jacente, ne s'est pas établie par un processus régulier du travail de réparation. Pendant presque toute son existence, de 10 à

70 ans, le malade avait conservé des foyers purulents de la partie inférieure de la jambe, avec des trajets fistuleux qui se formaient et se rouvraient alternativement, entretenus par la persistance de la lésion osseuse. Gosselin a opéré un cas semblable en 1874.

Ces exemples justifieront notre deuxième conclusion, à savoir que lorsque l'épithélioma survient de bonne heure, au bout d'un an ou de quelques mois, sur une cicatrice, celle-ci est une cicatrice vicieuse, consécutive à une plaie ayant suppuré pendant plusieurs années. Le travail de cicatrisation lent et difficile, retardé dans sa marche par des causes extrinsèques ou locales, subit des alternatives de progrès et de régression. La cicatrice produite est mince, molle, à surface rouge et vasculaire, facile à déchirer, et conserve même parfois des points à kératinisation épidermique incomplète.

Origine de la cicatrice. — On conçoit facilement que les chances de dégénérescence épithéliale du tissu inodulaire augmenteront avec la surface de celui-ci, d'où le fait que cette dégénérescence apparaît principalement sur les cicatrices d'une certaine étendue. Le tableau suivant énumère les diverses affections qui ont été le point de départ du mal.

Brûlures.	40	cas.
Plaies coutures graves.	11	—
— par instruments tranchants.	2	—
— par armes à feu.	6	—
Fractures avec plaie.	3	—
Carie et nécrose.	2	—
Ostéo-périostite.	1	—

Ostéo-myélite.	1	—
Trajets fistuleux d'origine articul.	2	—
Cicatrices d'amputation.	2	—
— de cautère.	1	—
— de circoncision,. . . .	1	—
— de coups de fouet . . .	1	—
— d'ulcérations des paupières.	1	—
— de perforation du lobule de l'oreille. . . .	1	—
Cicatrice ombilicale.	12	—
Indéterminés.	3	—
Total :	90	

On voit combien plus que toute autre une cicatrice de brûlure est prédisposée à être envahie par l'épithélioma. Certaines conditions étiologiques nous paraissent favoriser cet envahissement. En effet, sur 33 cas de brûlures que nous avons analysés dans les auteurs, plus de vingt fois il s'agissait de brûlures graves, étendues ou profondes, ayant réclamé plusieurs années pour se cicatriser.

Nombre d'entre elles, mal surveillées pendant le travail de réparation, avaient produit des cicatrices irrégulières, difformes, saillantes avec brides. Nos 7 observations personnelles de brûlures présentaient toutes le même caractère de gravité, soit comme étendue ou profondeur de la lésion primitive, soit comme longueur du travail de cicatrisation qui se prolongea, dans la majorité des cas, pendant plus d'une année et même bien au-delà (observ. XII).

On peut en dire autant des plaies contuses dont les cicatrices sont, après celles de brûlures, le plus exposées à la dégénérescence épithéliale. Il s'agit, le plus souvent, de

traumatismes graves tels qu'écrasement, broiement d'un segment de membre, etc.

Néanmoins l'étendue de la cicatrice n'est pas une condition indispensable à la dégénérescence cancroïdale de celle-ci. Une cicatrice quelconque et même minime y est exposée, Broca constate le fait dans une de ses observations. Notre observation VII en est un exemple. Des cicatrices de coupure (Charcot, Verneuil), de moignon d'amputation (Verneuil, Bryant), une cicatrice *linéaire*, en un mot, peut devenir le point de départ d'un épithélioma. Le tableau précédent montre suffisamment cette diversité d'origine pour qu'il soit nécessaire d'insister plus longtemps. On voit combien, en raison, de celle-ci, le tissu inodulaire semble être un point d'appel pour le développement de l'épithélioma, fait confirmé par la plus grande fréquence de l'épithélioma de l'ombilic parmi les tumeurs de cette région.

Siége. — Voici le tableau indiquant le siége de la cicatrice et de la tumeur.

Tête et face, 11 cas.

Tronc	Dos	2 cas
	Ombilic	12 —
	Pénis	1 —
Membre supérieur	Epaule	3 —
	Bras	8 —
	Avant-bras	9 —
	Main	8 —
Membre inférieur	Cuisse	8 —
	Genou	1 —
	Jambe	19 —
	Articulation tibio-tarsienne	1 —
	Pied	7 —
		90 cas.

Nous voyons par là que toutes les régions peuvent devenir le siége de l'épithélioma mais qu'il survient plus fréquemment sur la face et les membres. Ceux-ci étant, du reste, particulièrement exposés aux traumatismes, la cause de cette fréquence s'explique facilement. Toute cicatrice, quelle que soit sa situation, est soumise, sous l'influence de certaines conditions, au danger de la dégénérescence épithéliale. Celle-ci peut survenir, simultanément ou après un temps variable, sur plusieurs cicatrices lorsqu'il en existe sur différents points du corps. Ce cas est très rare mais il peut se présenter. C'est ainsi que MM. Heurtaux et Monod ont rencontré, plusieurs épithéliomas de cicatrice, sur le même malade, siégeant sur des membres ou des régions différentes. Tâchons de nous rendre compte de la valeur pathogénique de ces conditions.

Si nous analysons nos observations personnelles, nous voyons que dans l'observation I, par exemple, la cicatrice avait été irritée par le grattage. Plusieurs fois ces frottements, auxquels s'ajoutaient ceux produits par le contact des vêtements, avaient ulcéré la cicatrice au point de la faire saigner. Dans l'observation II, la cicatrice avait été déchirée à deux reprises différentes et à une vingtaine d'années d'intervalle par des coups de marteau. Ces déchirures ne s'étaient réparées que lentement. L'observation III nous offre une de ces cicatrices difformes dont nous parlions tout à l'heure. Les mouvements d'extension de l'avant bras causaient la formation, au devant du pli du coude, d'une bride saillante et tendue. C'est à la suite de ces tiraillements continuels que cette bandelette cicatricielle s'ulcéra et, la même cause persistant, devint le lieu

de developpement du cancroïde. Ce fait, les tiraillements constamment réitérés de la cicatrice, nous le retrouvons dans les observations IV, V, XIII, où ils sont produits par les mouvements de l'articulation du genou et les alternatives de flexion et d'extension de la jambe. Dans l'observation XIII, la cicatrice avait été déchirée par un clou. Les mouvements de flexion des doigts et de préhension agissaient d'une façon identique dans l'observation VIII.

La pathogénie de la tumeur nous a été indiquée par le malade lui-même dans l'observation VII. La cicatrice, quoique petite, s'ulcéra par le fait du frottement continuel du casque. Suivant le processus habituel, cette ulcération n'offrit aucune tendance à la guérison et devint l'origine de la tumeur.

C'est encore une cicatrice gaufrée, avec bride, qui, dans l'observation XV, fut irritée et ulcérée par le grattage. Elle siégeait, ainsi que cela a été observé plusieurs fois, à la région temporale.

Dans le fait de M. Bousquet, la cicatrice fut éraillée par le malade en travaillant.

Nous citerons les faits suivants, relevés parmi ceux que nous rapportons, qui montrent d'une façon précise, que le développement de l'épithélioma est dû à un traumatisme antérieur de la cicatrice.

Dans les deux observations de Dupuytren, la cicatrice était exposée par le fait de sa situation, à des tiraillements produits par la marche et le jeu des articulations voisines; dans son deuxième cas, il s'agissait d'une cicatrice difforme.

Dans les faits dus à Hulke, Charcot, Marcuse, Beck, Bryant, Boegehold, (qui en rapporte deux,) le développement de l'épithélioma a été précédé de la déchirure de la cicatrice.

Dans le troisième fait de Boegehold, la cicatrice fut ulcérée par le frottement de la tige de botte et c'est cette ulcération qui s'accrut et se transforma en cancroïde.

Le malade de M. Denucé vit survenir un épithélioma sur une cicatrice occupant le dos du poignet, en un point, dit l'auteur de l'observation, fréquemment irrité par le frottement de la manche.

Le fait de M. Monod (1) nous semble aussi caractéristique que celui qui est rapporté dans notre septième observation. Le malade s'était gravement brûlé à l'âge de 4 ans, au cou, au bras droit, à l'avant-bras et à la main. Les cicatrices étaient très profondes. Au bout de 44 ans, il vit survenir, sur cette ancienne cicatrice, à la face palmaire du pouce, une ulcération. Celle-ci était due aux froissements continuels de la cicatrice par les anneaux des gros ciseaux que son métier de tailleur, l'obligeait à manier constamment. Nous retrouvons la même importance de la cause professionnelle chez un malade de M. Humbert (2). Citons pour terminer cette énumération un fait curieux rapporté dans la thèse de Crouzet et dont nous n'avons pas trouvé d'autre exemple. Une malade de M. Péan s'était gravement brûlée à la face et à la cuisse droite, à l'âge de 6 ans, à la suite d'une chute sur des charbons ardents; au dire de la malade, la

1. *Société. anat.* 30 mars 1883.
2. *Gaz. des Hôpit.* 8 janvier 1884.

cicatrisation aurait demandé huit ans. Quatre ans avant son entrée à l'hôpital, la malade eut la variole et le tissu de cicatrice fut ulcéré par les pustules. Ces ulcérations s'étendirent en surface, se réunirent et se transformèrent en épithélioma.

Nous pouvons maintenant réunir sous la dénomination collective *d'irritation locale continue,* toutes les causes qui précèdent : tiraillements, ruptures, déchirures, éraillures, frottements, chocs, qui ont toutes pour effet de détruire la cohésion du tissu inodulaire et d'en amener l'ulcération. Celle-ci est favorisée par certaines circonstances : situation de la cicatrice à la face externe des membres, au voisinage d'une articulation, cas si fréquent, au pied, dans une région du corps faisant saillie, contact immédiat avec une corde tendineuse sous-jacente, ou une surface osseuse comme l'olécrâne, la malléole interne, la rotule, la tête du péroné, l'omoplate, l'os temporal, le front, la face interne du tibia. Ce mode de production aurait été observé plus souvent, croyons-nous, si l'attention des auteurs avait été attirée de ce côté. Toutefois nous nous empressons d'ajouter que, comme dans notre observation XII, par exemple, les causes énumérées plus haut font souvent défaut et l'on comprend alors difficilement le fait de la dégénérescence épithéliale survenant dans une cicatrice. M. Blum (1) émet une opinion analogue à la nôtre lorsqu'il attribue la fréquence de l'épithélioma de l'ombilic à l'irritation produite par la malpropreté, la présence de

1 Villar. *loc. cit.* p. 86.

corps étrangers, les accumulations de produits sébacés qu'on rencontre fréquemment à l'ombilic.

Telle est pour nous l'importance capitale des causes locales dans le développement de l'épithélioma des cicatrices.

Voyons maintenant si nous pouvons attribuer un rôle quelconque à la question de *l'hérédité*.

On sait qu'il est généralement admis que celle-ci occupe une place importante dans l'étiologie du cancer en général quoique l'on puisse affirmer, sans crainte d'être démenti, que cette condition étiologique est loin d'être démontrée En tout cas, si elle paraît vraie pour le cancer viscéral, elle ne l'est pas dans le sujet qui nous occupe. Notée pour le cancroïde dans la proportion d' 1/20e par Paget, d'1/10e par Heurtaux, nous ne la rencontrons ici que deux fois sur 90 observations (cas de Pineau et de Petitfils).

On trouvera énoncée dans les thèses de deux élèves de M. le Professeur Verneuil une opinion opposée à la nôtre au sujet de l'étiologie de l'épithélioma des cicatrices. Nous croyons nécessaire de rapporter ici les lignes suivantes dans lesquelles leurs auteurs expriment le plus nettement leur manière de voir « Comment expliquer que tel individu, sous la moindre influence, verra survenir un épithélioma et qu'un autre ne présentera pas de lésion morbide s'il n'existe pas une prédisposition, un état particulier qu'on ne peut définir. Il faut donc qu'il y ait une cause ; cette cause qu'on appelle constitution ou *diathèse* se manifeste toujours par des effets sensibles (Dubuclet) (1). »

1. Th. de Paris, 1874. p. 29.

Voici maintenant ce que dit Crouzet (1) : « Les causes locales nous paraissent en effet secondaires et notre opinion est qu'elles auraient rarement un effet si la cause générale n'existait pas. Prenez un individu absolument sain, affligé de cicatrices, il est probable qu'une irritation, même assez intense, du tissu inodulaire ne produira ni pseudoplasme ni ulcération tenace. Prenez, au contraire, un sujet soumis à l'influence d'une diathèse et portant des cicatrices, vous verrez fréquemment la moindre irritation locale produire sur l'inodule des affections en rapport avec la prédisposition générale, c'est à cette manifestation subite de la prédisposition que M. Verneuil a donné le nom de rappel de diathèse (Crouzet. p. 21). » Un peu plus loin : « ce qui, selon nous, doit jouer le rôle le plus important dans l'étiologie, c'est une prédisposition générale, une espèce d'état diathésique qui, réveillé par une irritation quelconque, produit le cancroïde (idem. p. 22). » Ajoutons toutefois que l'auteur modifie ailleurs notablement son opinion en disant que sans la cause occasionnelle, qui est l'irritation, l'affection ne se développerait pas bien souvent mais nous mettons, dit-il, en première ligne l'état diathésique. (id. p. 23).

Connaissant cette opinion, nous avons recherché s'il existait quelque prédisposition diathésique chez les sujets de nos observations et sur 90 cas, nous avons trouvé notés une fois des antécédents goutteux. Il est même incompréhensible de voir tous les auteurs laisser de côté la question des antécédents morbides des malades. Sur nos 16 observa-

1. Th. de Paris, 1879.

tions personnelles, nous ne relevons à cet égard qu'un cas de rhumatisme antérieur et un cas dans lequel le malade avait eu, dans sa jeunesse, des accès de fièvre palustre disparus au bout de deux ans (Observ. VI). Il nous est donc impossible de reconnaître à cette donnée diathésique une importance quelconque. Du reste, les observations rapportées par Dubuclet, dans sa thèse, viennent à l'encontre de son dire car, sur ses sept malades, il n'en existait qu'un soumis à l'influence d'une diathèse. Il était atteint de psoriasis Sans vouloir discuter ici les rapports plus ou moins certains qui relient les affections cutanées du genre psoriasis à l'arthritisme en général et consécutivement à la prédisposition cancéreuse, nous ne retenons que ce fait : la prédisposition n'existait qu'une fois sur sept. Pour les autres, l'auteur prend soin de nous dire que leur constitution était bonne et leur santé parfaite. Nous avons presque toujours eu lieu de constater cette intégrité de la santé générale.

Il nous semble donc bien difficile de pouvoir chercher dans l'état général ou dans une prédisposition diathésique quelconque du sujet l'origine du développement du cancroïde des cicatrices.

N'est-il pas plus logique d'admettre que c'est *dans la cicatrice elle-même*, en vertu d'une propriété particulière, inhérente au tissu inodulaire, qu'il faut chercher l'origine de sa dégénérescence épithéliale et que la cause déterminante de celle-ci doit être attribuée aux irritations locales extérieures auxquelles elle peut se trouver soumise ? nous reprendrons ce point de pathogénie en traitant de l'anatomie pathologique.

Si demain il était démontré ce que l'on ne peut que soupçonner aujourd'hui à savoir la nature parasitairedu cancer, on s'expliquerait bien mieux le fait que les cicatrices, *loci minoris resistentiæ*, soient plus que d'autres régions des téguments le siége de prédilection du cancroïde.

SYMPTOMES

Mode de début. — Il est généralement difficile de déterminer exactement l'époque et le mode de début du cancroïde. Les malades ne se présentent à l'examen du chirurgien que lorsque le mal a déjà acquis un certain volume; l'ulcération de la cicatrice, due aux causes les plus diverses, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, présente au début tous les caractères d'une ulcération simple dont la transformation en éphithélioma échappe à l'attention. Cependant, en rassemblant les cas semblables qui ont pu être observés et en y ajoutant ceux dans lesquels les renseignements fournis par les malades ont concordé, on constate que les modes de début les plus fréquents sont les suivants :

1° Le malade accuse du prurit au niveau de la cicatrice qui était jusque-là restée indolente. La surface de celle-ci se recouvre de squames épidermiques que le grattage enlève facilement. Si l'on examine alors avec attention la cicatrice, on constate que celle-ci a perdu son aspect habituel; en divers points apparaissent de petites exulcérations humides, suintantes, parfois saignantes qui se recouvrent rapidement de croûtes plus ou moins épaisses. La chute de celles-ci qui sont peu adhérentes est produite, comme l'apparition des ulcérations précédentes, par le grattage;

lorsqu'elle a lieu, on rencontre au-dessous d'elles des fissures, des excoriations qui entament le revêtement cutané plus ou moins profondément et lui donnent déjà, à un faible degré, il est vrai, cette inégalité de surface qui sera plus tard un des signes caractéristiques du mal. Ces solutions de continuité de la cicatrice, d'abord isolées les unes des autres, se fusionnent bientôt et l'ulcération proprement dite est constituée. Pendant la durée de ce processus initial, le diagnostic reste difficile et l'idée qui se présente tout d'abord à l'esprit c'est qu'il s'agit là d'une ulcération simplement irritative. Peut-être pourtant, une exagération insolite de la sensibilité à ce niveau, accompagnée d'un léger degré de tuméfaction pourrait-elle mettre sur la voie de la véritable nature du mal.

2° Dans un second ordre de faits, le début n'est plus le même. Un jour le malade remarque d'une façon inattendue, que la cicatrice, à l'existence de laquelle il ne faisait plus guère attention, est plus saillante que d'habitude et que cette saillie est due à la formation, en un point limité, d'une petite papule. Cette papule est ferme, résistante et rappellerait assez bien l'apparence et la consistance d'une verrue, si sa surface n'apparaissait pas rapidement rosée et humide. Cette papule s'ulcère à son sommet et l'ulcération ainsi constituée ne tarde pas à gagner les parties voisines.

3° Dans d'autres cas, ce n'est plus une saillie circonscrite de la cicatrice qui attire l'attention, c'est sa tuméfaction en masse à laquelle s'ajoute une certaine induration douloureuse. Cet aspect, qui rappelle assez bien celui d'une chéloïde, est embarrassant pour le diagnostic ; mais bientôt le

gonflement augmente, la surface de la cicatrice s'ulcère, ses bords se renversent en dehors, la nature maligne de l'affection ne peut être mise en doute.

4° Lorsque la transformation épithéliale de la cicatrice survient consécutivement à une lésion antérieure de celle-ci, quelle que soit sa nature, et nous avons admis que ce mode pathogénique constitue la majorité des faits bien observés, la solution de continuité persiste au-delà du terme d'une réparation normale sans manifester aucune tendance vers la guérison. L'ulcération, produite par la cause première, s'étend de proche en proche, les produits de sécrétion de sa surface augmentent, les bords prennent l'aspect caractéristique qu'ils présentent dans l'épithélioma et l'affection atteint bientôt sa période d'état.

Tels sont les modes de début qui nous ont paru être les plus habituels. Dans tous les cas, c'est dans certains points de la cicatrice qu'on les voit plutôt survenir, à savoir dans ses parties les plus saillantes et les plus tiraillées, là, en un mot, où les irritations extérieures produisent leur maximum d'action, au pli du coude dans le cas d'une cicatrice étendue du bras à l'avant-bras, dans l'aisselle, au point de frottement du bras contre le thorax, au creux poplité, sur une bride saillante en contact avec les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe.

Nous ne faisons que rappeler ici le rôle capital qu'ont joué certaines conditions professionnelles, épithélioma du pouce chez un tailleur, de la région temporale chez un militaire, épithéliomas si fréquents de la main et de l'avant-bras par suite du travail manuel. Parfois, cependant, il faut l'avouer, c'est dans une partie pour ainsi dire indiffé-

rente de la cicatrice, qu'apparaît le néoplasme. On ne peut rattacher son développement à aucune des causes que nous avons énumérées et l'on est bien obligé de l'attribuer à la prédisposition particulière et individuelle du tissu inodulaire à subir la dégénérescence épithéliale.

Si l'on cherche à se rendre compte de la fréquence relative des divers modes de début, on constate, d'après le relevé de nos observations, que le début par une ulcération à été constaté trente-quatre fois par les auteurs. Le début par une papule ou excroissance verruqueuse est noté dix-neuf fois. Six fois, l'épithélioma a commencé par une tuméfaction en masse de la cicatrice qui s'ulcère ensuite et présente un aspect fongueux ; cinq fois l'apparition du mal s'est manifestée par un noyau sur la cicatrice ; si nous réunissons ce mode de début au début papuleux, nous obtenons pour celui-ci un total de 24 cas.

Nos observations personnelles nous donnent : début par ulcération 7 cas, par papule 7 cas, par tuméfaction et induration en masse 1 cas. Dans un cas, l'apparition du mal n'a pu être surprise.

Dans les autres observations, le mode de début n'est pas suffisamment précisé pour permettre de le classer dans l'une ou l'autre de ces catégories. Mais quel qu'il soit et sauf pour la forme papillaire, le processus néoplasique aboutit toujours à l'ulcération de la tumeur à une époque plus ou moins avancée de son développement.

Période d'état.— Nous ne décrivons ici que les deux formes dont traitent généralement nos observations et qui sont la forme *ulcéreuse*, et la forme *papillaire*.

1° *Forme ulcéreuse.* — L'ulcération présente une éten-

due variable suivant qu'on l'examine à une période d'ancienneté plus ou moins avancée, ses caractères s'accusent en même temps que son accroissement progresse, de sorte que l'on comprend les difficultés du début, alors qu'il s'agit de distinguer une ulcération de nature simplement irritative d'une ulcération épithéliale. L'ulcère épithéliomateux repose sur un fond dur, comme squirrheux, qui fait corps avec le plan sous-jacent. La surface de la tumeur présente un aspect qui lui appartient en propre, elle est *inégale*, anfractueuse, raboteuse, formée d'éminences mamelonnées que séparent des dépressions de largeur et de profondeur variables. Elle est recouverte par un mélange de sang et de pus qui, au contact de l'air se concrète en croûtes sèches. Lorsque celles-ci forment une couche uniforme, elles peuvent, jusqu'à un certain point, masquer le caractère malin de la tumeur, mais cause-t-on leur chute par le lavage ou l'application de topiques émollients, on trouve au-dessous d'elle une surface vasculaire, rouge, saignant au moindre contact. Lorsque la surface ulcérée offre de grandes dimensions, que ses mamelons deviennent de véritables bourgeons fongueux, sa sécrétion devient plus abondante et se compose d'un liquide ichoreux, fétide qui se collecte en une couche d'apparence crémeuse (Pedraglia) remplissant toutes les anfractuosités de l'ulcération. Les bords de celle-ci sont irréguliers, saillants, renversés en dehors, comme ourlés, d'apparence livide; durs, ils donnent au doigt la sensation d'un bourrelet. Autour d'eux, la peau qui forme le voisinage immédiat de l'ulcère offre rarement son apparence normale. L'épiderme se détache sous forme d'écail-

les larges et furfuracées. D'autres fois, il se décolle facilement du derme. On doit soupçonner, à cet aspect, que l'infiltration épithéliale dépasse les limites apparentes de l'ulcération. Si l'on saisit le fond même de la tumeur entre les doigts, on en exprime comme de petits bouchons de matière caséeuse, allongés, semblables à des comédons, qui sortent « comme à la filière » (Broca). Au toucher, la consistance de cette tumeur est particulièrement dure. Ce caractère est peut-être plus développé dans le cancroïde des cicatrices que dans le cancroïde de la peau saine (Le Dentu).

Les dimensions de la tumeur sont très variables et s'étendent de la grandeur d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle de ces vastes épithéliomas mesurant presque toute la longueur de la cuisse (observ. IV et XII). En effet, et c'est là un caractère distinctif de la marche de la tumeur, celle-ci progresse bien plus en surface qu'en profondeur. Parfois, le caractère végétant de la tumeur devient plus accusé ; l'ulcération est plus saillante au-dessus des téguments voisins, elle prend un aspect fongueux et les bourgeons qui la constituent offrent un développement exagéré. Ces végétations fongueuses sont plus rares dans l'épithélioma des cicatrices que dans ceux qui naissent sur d'autres régions (lèvre inférieure, gland, etc.).

2. *Forme papillaire.* — Elle a été décrite par Marjolin (1), en 1828, sous le nom *d'ulcère verruqueux.* « La surface de ces ulcères, dit Marjolin, est formée par un grand nombre de villosités coniques, d'une texture dense,

1. *Dict. de Méd.* en 21 vol., 1828.

serrée, très rapprochées les unes des autres, représentant en quelque sorte un velours de laine grossier; ces végétations paraissent naître du derme; l'épiderme qui entoure l'ulcère est épaissi, calleux et même corné, quelquefois divisé par des fissures profondes. Ces ulcérations que j'ai observées deux fois à la plante du pied, une fois à la jambe et une fois dans l'aine, laissent suinter, en petite quantité, un fluide visqueux, presque incolore, fétide, qui, en se desséchant, forme une croûte épaisse, dure, grisâtre, très adhérente. Ils sont peu douloureux ou même indolents, susceptibles de prendre une grande étendue en largeur. Cette maladie, assez rare, n'est pas encore bien connue. » On voit que Marjolin ne parle pas de la naissance de ces tumeurs sur les cicatrices. D'autres auteurs après lui en ont donné la description, notamment Hawkins, Broca, qui compare la surface des papilles à celle d'un « gazon touffu » saillant au-dessus de la peau.

Le début de cette forme se manifeste par l'apparition d'une papule sur les points de la cicatrice que nous avons particulièrement indiqués dans le chapitre précédent. Sa surface est lisse, humide, rosée. Sa consistance présente déjà un degré d'induration manifeste. Cette saillie circonscrite s'accroît en hauteur et en surface, d'autres, semblables, apparaissent à côté d'elle et déterminent, par leur agglomération, la formation d'une tumeur homogène. En même temps que celle-ci s'accroît, sa surface perd son aspect lisse, elle devient granuleuse, comme framboisée, puis nettement papilliforme. En effet, le caractère distinctif de cette variété, où le processus ulcératif fait défaut, consiste dans le développement de petits prolongements, serrés les

uns contre les autres, recouvrant une surface ulcérée et suintante, sécrétant une matière sébacée, blanchâtre, épaisse, qui s'accumule dans l'intervalle des papilles. Celles-ci sont renflées en massue à leur sommet et lorsque celui-ci se recouvre d'un épiderme corné, la tumeur simule assez bien un simple papillome (Obs. VIII).

D'autres fois (Obs. I) l'évolution cellulaire dans le sens corné ne se faisant pas, la tumeur conserve l'aspect rosé, humide, vasculaire de la papule initiale. La pression en fait sourdre les filaments vermiformes, de matière caséeuse, caractéristiques de l'épithélioma. Cette tumeur, contrairement à la forme ulcéreuse, est presque toujours mobile sur les parties profondes car, plus encore que celle-ci, elle offre une tendance à s'accroître en surface et non en profondeur et, comme nous l'avons vu pour les formes végétantes de l'épithélioma ulcéré, elle n'atteint pas les proportions de l'épithélioma des muqueuses. Pour Follin et Duplay (1), Terrier (2), cette forme papillaire serait celle qu'affecterait, le plus souvent, le cancroïde des cicatrices. Nos observations ne concordent pas avec cette manière de voir, car sur seize cas personnels, nous nous trouvons douze fois en présence de la forme ulcéreuse et quatre fois seulement de la forme papillaire.

Marche. — Peut être plus encore que celui de la peau saine, le cancroïde des cicatrices présente généralement une marche lente, quoique toujours progressive; cette

1. *Trait. de Pathol. ext.*, t. I, p. 513.
2. *Elém. de Pathol. chirurg. génér.*, II fascic., p. 666.

lenteur de développement est caractéristique pour la forme papillaire. Le mal demande des mois et même des années pour acquérir de grandes proportions.

- Nous citerons comme une des plus démonstratives, notre observation VII, dans laquelle l'ulcération ne présentait au bout de neuf ans, que les dimensions d'une pièce de cinq francs d'argent. Mais cette règle présente des exceptions et il faut savoir que, dans d'autres circonstances, l'évolution peut être bien plus rapide et l'ulcération atteindre rapidement des dimensions considérables. C'est ainsi que dans l'Observation IV, elle mesurait déjà dix centimètres de longueur trois mois après son apparition, Peut-être, dans le cas présent, cette rapidité insolite de la marche aurait-elle pu faire soupçonner le caractère de malignité extrême du mal. La marche peut être accélérée par l'effet de cautérisations inefficaces et irréfléchies (Observ. VIII), par la multiplicité de celles-ci, comme nous en trouvons un exemple typique dans le mémoire de Follin, par un coup (Observ, XVI). Mais retenons ce fait général : la lenteur habituelle de l'évolution du cancroïde des cicatrices abandonné à lui-même.

L'affection qui, ainsi que nous l'avons vu, s'étend plutôt en surface, peut néanmoins envahir les parties profondes, aponévroses, plans musculaires, articulations et os. A cette infiltration locale des parties profondes s'ajoute alors parfois la dégénérescence secondaire des ganglions et l'on constate alors, dans les régions qui en sont le siége anatomique, des tumeurs circonscrites, mobiles, indolentes, sans adhérences ni changement de coloration de la peau, d'un volume variable mais qui peut atteindre celui d'un

œuf de poule (Observat. V et XII) et même au-delà, offrant une consistance d'une dureté ligneuse, caractéristique. M. Parise a observé leur suppuration (1). Cet envahissement des parties profondes et osseuses par l'épithélioma est peut-être dû au fait qu'elles ont été intéressées par la lésion ou l'affection primitives ayant déterminé la formation du tissu de cicatrice, d'autant que nous avons vu que la dégénérescence épithéliale survient principalement dans les cicatrices consécutives à des brûlures ou traumatismes graves. Mais nous devons dire que les faits concluants font défaut pour fixer la valeur de cette hypothèse. Dans d'autres cas, la tumeur n'a produit sur les ganglions qu'une réaction simplement inflammatoire ; ceux-ci sont alors sensibles et douloureux à la pression, leur tuméfaction reste modérée, leur consistance normale et ces signes disparaissent définitivement après l'ablation du mal et sa guérison. L'épithélioma étendu en profondeur offre l'aspect d'un véritable cratère bourgeonnant, avec diverticules et anfractuosités, où se collecte une sécrétion ichoreuse, fétide, contenant des lambeaux d'aponévrose, de muscles, de tissu cellulaire et des esquilles osseuses. Déterge-t-on ce foyer, on voit que le fond de la tumeur présente des dépressions par où le stylet pénètre dans l'intérieur et fait constater le ramollissement et la friabilité du tissu osseux. Lorsque celui-ci est dénudé, il laisse souvent apercevoir une masse fongueuse entourée du bourrelet saillant de l'ulcère.

Voici le tableau indiquant, sur 90 observations, l'état des ganglions et le nombre des cas de généralisation :

1 *Bull. méd. du Nord.* Lille, 1863, p. 380.

Engorgement inflammatoire des ganglions.		10 cas.
Dégénérescence épithéliale	id.	12 —
Extension aux parties profondes et aux os.		24 —
Généralisation viscérale.		3 —

Il est donc habituel, dans le cancroïde des cicatrices, de constater l'intégrité du système ganglionnaire. Jauzion dit, à tort, que son engorgement existe ordinairement dans la forme ulcéreuse. Il est même digne de remarque que, même dans les cas ou le cancroïde avait envahi les parties profondes et les os, on a vu les ganglions épargnés, comme dans les trois cas de Pedraglia.

Dans nos observations II et III où cette propagation a été constatée par l'examen des pièces, le même fait s'est présenté. Hawkins (1) expliquait la lenteur de la marche et le peu de tendance à la généralisation ganglionnaire par le fait que la cicatrice, siége de la tumeur, présente une vitalité moindre que la peau saine. Nous ne pouvons établir ici une différence clinique entre le cancroïde de cicatrices et celui de la peau saine car on sait que dans ce dernier, en règle générale, les ganglions sont indemnes. (Boyer; Lebert, Nélaton, etc.) Villar (2) dans sa thèse sur les *Tumeurs de l'ombilic*, n'a trouvé qu'un cas (Demarquay) sur douze épithéliomas ou l'engorgement des ganglions existât.

Symptômes fonctionnels. — Ceux-ci ne nous arrêteront pas longtemps car à part l'impotence causée par la présence de la tumeur, les symptômes fonctionnels sont

1. *Clinical Lecture, Lond. méd. gaz.* 1841, p. 872, 877.
2. Th. de Paris, 1886, p. 90.

bien moins importants et caractérisés que les symptômes locaux.

Sur nos 16 observations, on a noté dans un seul cas (Observ. XIV) des douleurs vives causées par le cancroïde. Dans tous les autres, les phénomènes douloureux ont manqué complétement ou n'ont jamais présenté assez d'intensité pour faire souffrir les malades. Ils étaient dus, la plupart du temps, à la marche pour les cancroïdes siégeant aux membres inférieurs, ou aux mouvements des articulations voisines de la tumeur.

Nous contestons donc l'existence des douleurs atroces « analogues à celles qu'on voit survenir dans quelques variétés de squirrhe » qui auraient été vues par Crouzet (1) dans le cancroïde des cicatrices.

Les douleurs provoquées font également défaut.

Nous n'avons pas vu survenir non plus ces hémorrhagies qui, au dire de Clément (2) « peuvent être assez abondantes pour mettre les jours du malade en danger. » Et pourtant, nous voyons dans les observations IV et XII, qu'il s'agit de tumeurs ulcérées mesurant de dix-huit à vingt centimètres de longueur ; dans l'observation VII, le mal avait envahi le territoire de l'artère temporale superficielle.

Cette complication n'a été rencontrée que par O'Sullivan (3) et Boyer. Dans ce dernier cas, le cancer avait ulcéré l'artère fémorale et les hémorrhagies constituèrent un

1. Crouzet, *loc. cit.* p. 30.
2. Clément, *loc. cit.* p. 12.
3. *In Beck, Deutsch. Zeitsch.* 1881. p. 261.

accident éloigné et non local, accompagnant la période d'état.

Etat général. — Pendant une longue période, la santé générale n'est pas influencée par la présence de la tumeur. Celle-ci continue sa marche extensive et ce n'est qu'à une époque avancée de son développement que l'état général s'altère. « Le cancroïde n'a pas d'influence sur l'état général (Lebert) (1). » Ceci s'applique également au cancroïde des cicatrices. C'est ainsi que sur nos 16 observations, trois seulement comprennent des malades dont la santé générale était altérée, au moment de leur entrée à l'hôpital et l'un des trois était un vieillard de 70 ans. Le malade qui fait le sujet de l'observation VII était atteint d'un épithélioma de la région temporale depuis neuf ans lorsqu'il fut opéré. Pendant cette période, il ne se plaignit jamais d'autre chose que de la gêne et de la difformité, résultant de la présence de la tumeur. Je le vis au mois de juillet 1887, avec une récidive vieille de plus d'un an et ne constatai chez lui ni perte de forces ni amaigrissement. On voit souvent, lorsque ces troubles généraux existent, l'intervention produire leur disparition et la santé générale se relever (Observ. XII).

Dans les cas moins fréquents où les progrès du mal font craindre une terminaison fatale, on voit alors l'aggravation des symptômes généraux se prononcer de plus en plus. L'appétit et les forces se perdent; l'amaigrissement, la décoloration des téguments, l'adynamie vont croissant et la mort survient par épuisement, hecticité, septicémie, pré-

1. *Trait. prat. des mal. cancér.*, p. 661.

cipitée souvent par une maladie intercurrente (pneumonie, etc.). Enfin, elle peut être due à la généralisation viscérale, contrairement à l'opinion de Lebert (1). Nous en avons relevé trois cas. Deux appartiennent à Charcot et Boegehold, le troisième est contenu dans notre observation IV.

1. Lebert, *loc. cit.*, p. 627.

DIAGNOSTIC

Si la présence en un point, du tissu de cicatrice, s'oppose au développement de certaines tumeurs, comme un papillome, elle ne peut empêcher la manifestation locale des affections propres à l'individu qui peuvent s'y produire aussi bien que sur la peau saine.

Tout d'abord, comme celle-ci, une cicatrice peut être le siége d'une *ulcération simple*, due à une cause externe quelconque. Nous avons déjà dit qu'il est difficile, à cette période de début, de la distinguer d'un épithélioma. On ne perdra pas de vue l'indolence de ce dernier, sa marche lente, souvent à peine sensible mais néanmoins toujours progressive. Une ulcération simple, de même volume, ne demandera que peu de temps pour se séparer, à moins d'être entretenue par une cause externe persistante dont la nature ne pourra échapper. La surface de l'ulcération sera plus unie, moins fongueuse, dépourvue de toute induration et de saillie des bords, douloureuse au toucher. On ne pourra en exprimer aucun tourbillon caséeux par la pression. Sa suppuration sera plus abondante et le microscope n'y fera pas rencontrer de cellules épithéliales.

L'hypertrophie simple des cicatrices s'observe principalement chez les individus lymphatiques ou strumeux. Chez ceux-ci, la cicatrice reste saillante, sous forme d'un bourrelet violacé, douloureux, parfois saignant et qui peut

s'ulcérer sous l'influence d'irritations extérieures. A un degré plus prononcé, cette hypertrophie constitue *les chéloïdes cicatricielles* et une partie des *tumeurs verruqueuses* de Hawkins. Les autres, avons-nous dit, sont de véritables cancroïdes.

La *chéloïde cicatricielle* s'ulcère rarement spontanément et lorsque son ulcération se produit, elle n'offre jamais la marche envahissante de l'épithélioma. La cicatrice sur laquelle elle apparaît présente une forme rameuse due à ses prolongements qui, pour les uns, auraient valu son nom à la maladie. L'examen histologique montre qu'elle est formée de tissu fibreux, d'un développement plus ou moins complet.

Les lésions *tuberculeuses* de la peau et des ganglions lymphatiques qui peuvent reparaître sur des cicatrices d'abcès tuberculeux antérieurs, ne suppurent et s'ulcèrent qu'à la suite d'un travail inflammatoire permettant d'éviter toute erreur. Elles s'observent plutôt dans le jeune âge. Leur siège est celui des ganglions lympathiques correspondants. L'ulcération en est fongueuse, à bords souples ; elle fournit en abondance un pus grumeleux et s'accompagne de décollements cutanés et de trajets fistuleux multiples.

L'ulcération du *lupus* est recouverte de croûtes abondantes ; elle repose sur une base œdémateuse, saillante ; ses bords ne sont pas surélevés, elle ne saigne pas facilement. L'épithélioma forme une croûte plus sèche et son ulcération saigne au moindre contact.

Les *syphilides ulcéreuses* gagnent en profondeur (forme perforante) ; elles sont circulaires, leurs bords sont taillés à l'emporte-pièce.

Les ulcérations du *rupia* étaient antérieurement recouvertes de croûtes épaisses, brunâtres, rugueuses. Au-dessous d'elles, on trouve des ulcères taillés à pic dont la base n'adhère pas aux tissus sous-jacents et les bords n'offrent aucune induration. En les touchant on ne provoque aucun suintement de sang.

Les *ulcérations syphilitiques tertiaires*, débutent par de petites nodosités sous-cutanées, isolées, multiples le plus souvent, qui se ramollissent et s'ulcèrent. Leur forme est arrondie, les bords minces et décollés, nettement découpés.

Aux signes objectifs des lésions qui précèdent, s'ajoutent, pour assurer le diagnostic, leur évolution rapide, leur pluralité, l'existence d'accidents syphilitiques antérieurs ou le développement d'autres manifestations constitutionnelles et l'action curative du traitement spécifique.

Les *syphilides serpigineuses* nous offrent des ulcérations qui s'étendent en surface et se distinguent par leur mobilité, la lésion se cicatrisant en un point pour apparaître aussitôt dans un autre.

Les *ulcères phagédéniques* ont un point de départ génital. Ils se distinguent par leur marche rapidement envahissante et destructive. Ils s'étendent sur une grande surface, leur forme est serpigineuse. Les bords en sont amincis, décollés, irréguliers et donnent à l'ulcère un contour festonné. Ils fournissent une suppuration abondante, fétide, formant à la surface une couche d'aspect grisâtre et qui offre l'apparence d'une fausse membrane.

PRONOSTIC

Malgré la lenteur de sa marche, l'absence de symptômes fonctionnels, le peu de fréquence de la généralisation ganglionnaire, le pronostic de cette affection reste sérieux. Il s'agit ici d'une tumeur maligne à marche envahissante et tendant aux récidives sur place. L'expression de *malignant locale disease*, sous laquelle elle est désignée par Hawkins, est donc tout à fait exacte.

Comme on le verra plus loin au tableau des divers traitements, nous obtenons, pour l'ensemble des résultats indiqués par les auteurs, une proportion de 15 morts pour 41 guérisons.

Nos observations personnelles nous donnent 3 morts pour 9 guérisons. On verra également qu'il faut encore ajouter les cas où la mort est dite probable, dans lesquels il n'a pas été possible d'intervenir utilement pour le malade en raison du siége ou du volume extrême de la tumeur.

Ces chiffres justifient donc un pronostic réservé, mais dont la gravité est avant tout subordonnée à l'âge de la tumeur qui conserve, au début de son évolution, un caractère de bénignité relative. On devra tenir compte, en outre, de divers caractères particuliers tirés de l'étiologie ou des symptômes. C'est ainsi que l'épithélioma des cicatrices nous a paru présenter plus de gravité à la face, au

tronc, à l'ombilic que lorsqu'il siège sur les membres. D'après nos observations, il s'est toujours montré plus grave au membre inférieur qu'au membre supérieur. Il est particulièrement grave à l'ombilic. L'analyse des 12 cas rapportés par Villar, dans sa thèse, nous donne 5 guérisons, 5 morts et 2 morts probables. Les considérations tenant à l'âge, à l'état général du malade pourront influer sur le degré de gravité du pronostic, mais celui-ci nous semble dépendre plutôt de la marche et de la forme clinique de la tumeur. Ainsi que nous l'avons dit, un accroissement rapide de l'épithélioma est un présage des plus fâcheux. La forme ulcéreuse est incontestablement plus grave que la forme papillaire qui offre peu de tendance à s'étendre et à envahir les tissus voisins.

Contrairement à l'opinion de Bérard (1), les récidives sont à craindre. Elle est survenue dans trois de nos observations et à quatre reprises successives dans l'observation XII qui est particulièrement démonstrative à cet égard. Ces récidives sont locales. Le cas de Velpeau (2) dans lequel, elle survint à distance, est une rareté. Elles comportent un pronostic grave et semblent dues à l'étendue des lésions primitives ou plutôt à l'emploi d'un mode de traitement défectueux (Obs. XII), ou incomplet (Broca. Bidder).

1. *Dict. de méd*, t. 12, p. 547.
2. *Loc. cit.*, p. 16.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le *cancroïde* ou *épithélioma pavimenteux* ou *cancer épithélial* est une tumeur formée d'éléments analogues à ceux de l'épiderme. Ces éléments sont groupés en lobules ou en tubes; ils subissent l'évolution cornée ou conservent le type qu'ils affectent dans le corps muqueux de Malpighi.

La coupe d'un épithélioma pavimenteux de la peau montre l'épiderme hypertrophié et composé d'un nombre de couches cellulaires plus considérables que d'habitude. Il envoie dans la profondeur du derme des prolongements irréguliers, souvent ramifiés. A côté d'eux, on trouve, dans le tissu conjonctif du derme, des masses épithéliales isolées représentant des prolongements du même ordre coupés transversalement. Il arrive parfois que, sur une coupe, on ne constate pas de continuité entre les masses épithéliales comprises dans le derme et le revêtement superficiel. Cette apparence est dûe à ce que la coupe n'intéresse pas exactement le point de départ même du néoplasme car on peut le plus souvent démontrer effectivement que les masses épithéliales néoformées se développent de proche en proche et par une prolifération des cellules épithéliales préexistantes.

On a cherché bien souvent à localiser ce point de dé-

part et à reconnaître s'il se trouvait dans les bourgeons inter-papillaires ou dans les glandes de la peau. On a supposé que, suivant l'origine de la tumeur, le caractère de l'évolution épithéliale et par conséquent le caractère de l'évolution clinique devait différer, en d'autres termes, que la tumeur affecterait la forme d'épithélioma lobulé, à globes épidermiques, ou d'épithélioma tubulé. C'est à la première de ces variétés que nous avons eu affaire ici. Du reste, nous pensons qu'il n'est pas démontré qu'un rapport constant existe entre le point de départ et la forme clinique de la tumeur.

Mais la prolifération épithéliale n'est pas tout dans un épithélioma. Les cellules néoformées peuvent subir leur évolution normale et on les verra, dans ce cas, après avoir présenté la forme malpighienne à prolongements dentés, se charger de granulations déléidines et finalement subir la transformation cornée. Lorsque cette évolution ne se produit pas à la surface, mais au sein d'un bourgeon plus ou moins profondément enfoncé dans le derme, les cellules cornées ne peuvent être éliminées au fur et à mesure et elles s'accumulent sous forme de nodules qui sont les globes épidermiques. D'autres fois, les cellules ne conservent pas leur tendance à se transformer en cellules cornées, elles continuent à se multiplier pour donner naissance à des cellules semblables à elles-mêmes. Il en résulte, le fait est démontré, une malignité plus grande de la tumeur. Dans d'autres cas, enfin, cet épithélium peut subir la dégénérescence colloïde, graisseuse, etc.

Une condition qui fait varier l'évolution d'une tumeur épithéliale est la réaction du tissu conjonctif vis-à-vis du néo-

plasme. On trouve parfois entre les lobules épithéliaux un tissu conjonctif presque normal dont les faisceaux sont simplement écartés par les éléments de la tumeur. D'autres fois, le stroma conjonctif présente les caractères d'une inflammation très intense et se montre tout infiltré de cellules embryonnaires. A la prolifération épithéliale s'ajoute donc une prolifération conjonctive qui conduit à produire une irrégularité plus grande dans la limite des deux tissus qui luttent l'un contre l'autre. Il en résulte un allongement considérable des papilles, processus qui constitue la variété dite *papillaire*. Cette hypertrophie conjonctive, qui peut acquérir des proportions excessives et produire des tumeurs végétantes en forme de choux-fleurs, avait conduit Rayer et Ecker à considérer cette forme rare du cancroïde des cicatrices comme un simple papillome, interprétation inexacte, étant donné la destruction du corps papillaire par la lésion qui a produit la cicatrice ainsi que son défaut de régénération ultérieure.

Lorsque l'ulcération de la tumeur survient, elle est due d'une part à la nutrition imparfaite de ces éléments épithéliaux accumulés auxquels n'arrive plus qu'un plasma insuffisant, d'autre part aux lésions inflammatoires du tissu conjonctif et particulièrement aux oblitérations vasculaires qui peuvent se produire dans ce tissu. Il en résulte une mortification de celui-ci et une désagrégation des cellules épithéliales.

Mais nous avons à considérer ici un cas étiologique particulier de l'épithélioma pavimenteux, celui dans lequel la tumeur se produit sur une cicatrice. Etudions donc la structure de l'épithélium qui recouvre une cicatrice et

voyons si quelque chose, dans cette structure peut nous expliquer la fréquence de sa dégénérescence épithéliale.

La cicatrice, qui succède à une destruction complète du tégument externe, est recouverte par un épiderme anormal à plusieurs égards.

On sait, en effet, que la restitution *ad integrum* du revêtement épithélial n'est complète que lorsqu'une portion de l'épiderme, le fond des bourgeons interpapillaires en particulier, a échappé à l'action de la cause destructive première. Dans le cas contraire, l'épiderme se reforme à la surface des bourgeons charnus et cela, à ce qu'il semble, aux dépens des cellules épidermiques voisines. Cependant, on est presque forcé d'admettre, comme le font Cornil et Ranvier qui se basent surtout sur les expériences de Reverdin, la possibilité d'une transformation directe des cellules embryonnaires de la plaie en cellules épithéliales, mais seulement au contact de cellules épithéliales qui ont persisté ou qui ont été transportées sur la plaie par une greffe. Quoi qu'il en soit, quand on examine, sur des coupes, le revêtement épidermique d'une cicatrice, on le trouve habituellement plus mince que celui de la peau saine. Les bourgeons interpapillaires font défaut puisque les papilles elles-mêmes ne se sont pas reproduites. Au lieu de la dispositton en festons réguliers qui se rencontre normalement à la limite du derme et de l'épiderme, on constate, dans le cas présent, que cette limite est formée par une ligne droite, à peine sinueuse, interrompue parfois, et c'est là le point capital, par des enfoncements, des bourgeonnements de l'épiderme au niveau des plis de la

cicatrice. Les glandes et les follicules pileux ont disparu.

Les cellules épidermiques du revêtement ont elles-mêmes une structure imparfaite. Dans les couches profondes, les cellules du type malpighien sont mal développées et présentent des filaments d'union moins nets, la couche granuleuse fait habituellement défaut et la couche superficielle est constituée par des cellules dont la kératinisation est incomplète.

Il en résulte une vulnérabilité plus grande de cet épiderme, les cellules ayant entre elles une adhérence moins parfaite.

Au-dessous, se trouve le tissu même de la cicatrice, tissu fibreux, dense, tissu inodulaire. Sa structure est très simple. Il est en effet composé, dans une cicatrice ancienne, de faisceaux conjonctifs, groupés en travées très denses et assez volumineuses. Ces travées se dirigent dans tous les sens, formant ainsi un feutrage serré. Dans leur intérieur, on trouve, comme dans tout tissu fibreux, des cellules conjonctives, aplaties ou étoilées, dont les prolongements présentent sur une coupe transversale l'aspect d'un réseau. Dans leur intervalle, se voit un tissu conjonctif lâche, peu abondant, tout infiltré de cellules rondes, très nombreuses même dans une cicatrice ancienne. Au milieu de ce tissu conjonctif, infiltré d'éléments cellulaires, circulent les vaisseaux et les nerfs. Une particularité qui a peut-être une certaine importance est le peu d'abondance du tissu élastique qu'il renferme. Ce tissu fibreux de la cicatrice peut s'étendre, suivant la gravité de la cause destructive, jusqu'aux muscles et arriver même au coutact

des os. Ces cicatrices profondes sont alors adhérentes.

Tel est le terrain sur lequel va se produire l'épithélioma.

Quelle est la cause de la prolifération exagérée de l'épithélium dans ce cas? Comment peut agir l'irritation que nous voyons signalée si souvent comme cause occasionnelle du développement de la tumeur. Nous entrons ici dans le champ des hypothèses, car ni l'observation directe ni l'expérimentation n'ont permis de saisir, sur le fait, le premier début du processus morbide. Le désaccord des auteurs sur ce point n'a rien qui puisse surprendre vu les discussions qui subsistent encore au sujet de la formation de l'épithélioma sur une peau saine.

Après avoir exposé l'anatomie pathologique de l'épithélioma et de la cicatrice, nous devons maintenant revenir en arrière et donner une place aux opinions des auteurs qui envisagent les choses à un point de vue différent.

Nous avons admis que, sur la cicatrice, l'épithélium se forme par la prolifération des cellules épidermiques subsistantes ou par la transformation de cellules embryonnaires au contact de ces cellules. Cette opinion n'est pas universellement admise. Sans revenir à la théorie de Lebert qui suppose que des cellules épithéliales peuvent naître sur des bourgeons charnus, aux dépens d'un blastème amorphe (théorie de l'hétérotopie plastique), nous voyons bien des auteurs admettre que des cellules épithéliales peuvent se former directement sur des bourgeons charnus, par métamorphose des cellules embryonnaires et cela sans l'intervention d'une action de voisinage exercée par d'autres cellules persistantes. On a même été plus

loin et Küss (1), en particulier, a cru pouvoir admettre que dans la formation d'un épithélioma sur la peau saine, les cellules embryonnaires qui infiltrent le derme peuvent se transformer en cellules épithéliales. Cette manière de voir s'appuie sur les travaux de Virchow (2) dont la doctrine avait été acceptée et défendue par O. Weber, Wagner, Foïster, Rindfleisch, Klebs, Paget etc. Ces auteurs reconnaissent aux cellules du tissu conjonctif le pouvoir de produire des cellules épithéliales sous une influence de nature indéterminée. A côté de ce carcinome épithélial ou épithélioma, il existe pour beaucoup un carcinome vrai caractérisé par la présence d'un stroma conjonctif, formé de travées fibreuses, limitant des alvéoles dans lesquelles sont infiltrés des éléments épithélioïdes. Dans la théorie de Virchow, adoptée notamment en France par Cornil et Ranvier ces éléments proviendraient également des cellules du tissu conjonctif.

En regard de cette théorie, il faut placer les travaux de Thiersch (3), Waldeyer (4), Köster, Recklinghausen, Lancereaux, qui avaient été précédés d'une étude de M. Cornil (5). Pour eux, toute cellule épithéliale provient de cellules épithéliales préexistantes.

1. *Gazette méd. de Strasbourg*, 1845, p. 109.

2. *Zur Entwickelungsgeschichte des Krebses, Archiv. path. Anat.* T. I p. 94, 1847. Id. T III p. 197, 1849.

3. *Der Epithelialkrebs, namentilch, der Haut.* Leipzig, 1865.

4. *Die Entwickelung der Carcinome*, Breslau, 1867. *Virchow's Archiv.* t. 41, p. 470-522 et t. 55, p. 67-157. Consulter ce travail complet pour plus de détails.

5. *Journal de l'Anat. et de la physiolog.* 1864 et 1865. t. II p. 266 et 476

Thiersch fait remarquer que dans le cours du développement fœtal, tel qu'il a été établi par Remak, on ne rencontre pas de mélange des différents feuillets embryonnaires ni de leurs dérivés et que par conséquent, il est difficile d'admettre que des formations épidermoïdales puissent dériver de parties qui n'appartiennent pas au feuillet corné. Il démontre que dans tous les carcinomes épithéliaux il n'y a jamais un passage immédiat des formations épithéliales au tissu conjonctif infiltré de petites cellules, ni de ce dernier aux premières, et que les deux restent toujours nettement distincts. Jamais les cellules du tissu conjonctif ne pourraient se transformer en épithélium.

Pour Köster, la prolifération de l'épithélium se ferait aux dépens des cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques.

« Les arguments, dit Billroth (1), dont on étayait la théorie de Virchow me paraissaient aussi très probants autrefois et j'adoptai cette omnipotence des cellules du tissu conjonctif, mais les arguments sur lesquels Thiersch s'appuie pour défendre son opinion m'ont positivement convaincu et les progrès les plus récents qui ont été faits dans cette partie de l'histoire du développement des tumeurs s'harmonisent si complètement avec les recherches d'histologie pathologique qu'il ne me semble pas possible de résister à ce progrès considérable. »

Donc pour les premiers auteurs, il n'est rien de plus simple que d'expliquer la formation d'un épithélioma au niveau d'une cicatrice, puisque, même dans une cicatrice

1. *Patholog. chirurg. génér.*, 1868, p. 781.

ancienne, il subsiste toujours des amas assez considérables de cellules embryonnaires au sein des trousseaux fibreux. Pour les autres, l'explication est plus difficile, l'élément épithélial étant, en effet, moins développé au niveau d'une cicatrice que sur la peau saine. Quoi qu'il en soit, nous devons dire que presque tous les auteurs, dont nous avons analysé les observations se rallient à la théorie de Thiersch et de Waldeyer que nous sommes, par conséquent, portés à admettre. Envisageons maintenant les choses à un point de vue plus particulier.

Peut-on attribuer, le plus ordinairement, l'origine de l'épithélioma à l'hyperplasie des bourgeons interpapillaires du corps muqueux de Malpighi? MM. Blum et Mathias Duval (1) en ont donné une belle démonstration dans leur travail sur le cancroïde de la peau. Mais, comme nous l'avons dit ci-dessus, ces bourgeons inter-papillaires ont disparu au niveau de la cicatrice. Ce mode de développement, dans le cas présent, ne pourrait avoir lieu que si l'épithélioma naissait sur les bords mêmes de cette cicatrice, car, à ce niveau, les cellules des bourgeons interpapillaires sont le siége d'une prolifération remarquable. La description microscopique de la tumeur, dans notre observation XVI, le prouvera très nettement.

Nous avons déjà constaté la disparition, dans la cicatrice, des glandes sébacées et des follicules pileux. Ils ne peuvent donc jouer aucun rôle ici. Pouvons-nous en attribuer un aux dépendances de l'épiderme plus profondément situées, aux glandes sudoripares? Ce mode de dé-

1. *Archiv. génér. de médec.* 1883, p. 129-145.

veloppement du cancroïde a été décrit, il y a longtemps, par M. le professeur Verneuil (1) et admis par Remak, Ecker, Führer, Frerichs, etc. qui invoquent, comme origine de l'épithélioma, une hyperplasie des épithéliums glandulaires. Mais il ne s'agit pour eux que de l'épithélioma développé sur une peau saine, et nous avons à faire ici à une tumeur développée sur un tissu de cicatrice, d'épaisseur variable, ne comprenant pas seulement la peau, mais bien souvent toute l'épaisseur des parties molles (faits de Hawkins, Wernher, Hulke, Lawson, Pedraglia, Boegehold, etc., etc.). Nous avons déjà insisté sur la gravité habituelle des lésions causes de la cicatrice : broiements, écrasements, brûlures profondes, sur la longue durée de la suppuration des plaies. La destruction des tissus s'étendait donc bien au-delà du siége anatomique des glandes sudoripares, dans un très grand nombre de cas.

Une autre opinion se trouve exprimée dans les thèses de Crouzet, Clément et Jauzion. La formation du tissu inodulaire a obturé, d'une façon définitive, les orifices des canaux excréteurs des glandes ; celles-ci sont isolées de la surface de la peau, les produits de sécrétion s'accumulent à leur intérieur et les épithéliums irrités deviennent le siége d'une prolifération qui rompt leur membrane d'enveloppe. Nous croyons devoir signaler ce que cette pathogénie présenterait d'extraordinaire avec ce que l'on sait sur l'atrophie des glandes à la suite de la ligature de leur canal (glandes salivaires, testicule, reins).

1. *Archiv. génér. de méd.*, 5e série, t. III, p. 555 et t. IV, p. 447 et 693, 1854.

Bidder (1) a rencontré un cas d'épithélioma de la cuisse qu'il a enlevé au moyen de la curette tranchante, la malade se refusant à toute autre intervention. La tumeur s'étant reproduite, il l'excisa neuf mois plus tard et en fit l'examen histologique. Les lobules épithéliaux étant en continuité avec le revêtement épidermique de la cicatrice et vu l'absence dans celle-ci de toute glande ou bourgeon interpapillaire, l'auteur en conclut qu'un épithélioma, développé dans une cicatrice, provient de son revêtement épithélial. Nous ne pouvons pas regarder ce fait comme démonstratif parce qu'il est possible qu'un lobule d'épithélioma, plus profondément situé, ait échappé à l'action de la curette et soit devenu le point de départ de la récidive.

Boegehold (2) (*Ueber die Entwickelung von malignem Tumoren aus Narben*) a repris dans ces dernières années, la défense de la doctrine de Virchow. Nous avons déjà vu quelles sont les conclusions de l'auteur au point de vue clinique. Dans les trois cas personnels qu'il produit, l'épithélioma s'est toujours développé sur une cicatrice préalablement ulcérée. Ceci concorde donc parfaitement avec le résultat de nos observations, et nous reconnaissons, comme lui, que la théorie de l'irritation (*Reizthéorie*) de Virchow est la seule qui convienne à l'interprétation logique des faits. Il reste alors à déterminer sa localisation et le processus par lequel elle amène la dégénerescence épithéliale. Boegehold reconnaît la difficulté qu'il y a à se prononcer

1. *Deutsch Zeitschr.* 1874-75, t. V, p. 127.
2. *Virchow's. Archiv.* 1882, t. 88 p. 229-246.

pour l'une ou l'autre des deux théories en présence, à cette période initiale du cancroïde des cicatrices. Comme le tissu de celui-ci est un tissu de nouvelle formation, n'existant pas à la naissance et que par suite de la persistance de l'ulcération, incessamment renouvelée à sa surface, celle-ci est dépourvue de revêtement épithélial, il est conduit à admettre que c'est le tissu de granulations qui devient l'origine du cancroïde lorsque celui-ci se développe sur une cicatrice ulcérée. Comme on va le voir, nous sommes d'un avis diamétralement opposé à celui de Boegehold et nous pensons que ce qui lui paraît constituer la minorité des cas, doit être, au contraire, un fait général.

Nous devons dire un mot, en terminant cet examen des opinions qui ont été émises sur le sujet qui nous occupe, de la théorie si séduisante au premier abord de Cohnheim (1). On sait que, pour cet auteur, les tumeurs résulteraient du développement ultérieur d'un germe déposé en un point au moment de l'évolution embryonnaire et persistant par suite d'un vice de développement des organes. Une irritation, même minime, suffirait à donner le coup de fouet nécessaire à ce germe pour en faire le point de départ d'une tumeur. Cohnheim a pensé pouvoir expliquer, de la façon suivante, la cause de la plus grande fréquence des tumeurs au niveau des orifices naturels des organes. A une certaine époque du développement de l'embryon, les différents feuillets du blastoderme viennent se réunir les uns aux autres en certains points où, par le

1. *Volesungen über allgemeine Pathol.* p. 631.

fait d'invaginations ou de pénétration réciproque, se produiraient de préférence des amas ou germes embryonnaires hétératopiques.

Le cas particuliers d'un épithélioma développé sur un tissu de cicatrice, réparant une destruction organique locale, peut être donné comme l'un des plus probants à l'encontre de cette théorie.

Nous ne trouvons donc pas, dans aucune des opinions qui précèdent, de solution satisfaisante à la question de l'origine de l'épithélioma des cicatrices.

Mais ne pourrait-on pas chercher le point de départ de celui-ci dans le revêtement épidermique même de la cicatrice et cela en s'appuyant sur les conditions particulières dans lesquelles se trouve placé ce revêtement?

Nous avons vu que les cellules qui le composent ont des caractères de structure propre qui leur donnent une vulnérabilité plus grande. N'oublions pas leur imperfection anatomique et leur évolution physiologique incomplète, ne rappelant que de loin la structure normale de l'épiderme. Etant moins adhérentes entre elles, une irritation quelconque, un traumatisme même léger qui n'auraient pas d'action sur un épiderme sain, suffiront pour détruire cette mince couche épidermique qui recouvre la cicatrice. Cette cause irritative première, qui en a arraché un certain nombre, s'oppose à tout processus réparateur pour peu qu'elle présente une certaine continuité d'action. Les cellules détachées doivent être remplacées par la prolifération incessante de celles qui subsistent. On constate ce fait sur toute ulcération, et c'est sur les bords de celle-ci que cette hyperplasie des éléments anatomiques atteint son maximum

de formation. Cette prolifération ne donne pas lieu à des éléments normaux, subissant l'évolution cornée ordinaire et nous pouvons supposer qu'à un moment douné, la même cause persistant, cette *activité de formation peut dépasser le but*. Il en résultera une néoformation exagérée de cellules épithéliales qui bourgeonneront dans la profondeur des tissus et constitueront ainsi le néoplasme. La formation de celui-ci est donc déterminée par la prolifération incessante d'un épithélium soumis à l'influence d'une irritation chronique de n'importe quelle nature.

Il est aussi difficile de donner la démonstration histologique de cette pathogénie que d'une autre; en effet, on n'a, pour ainsi dire, jamais l'occasion d'examiner ou d'exciser sur le vivant, un épithélioma au début même de sa formation. L'ulcération par laquelle il se manifeste et qui attire l'attention du malade se confond avec les ulcérations simples dont la cicatrice peut être le siége depuis plus ou moins longtemps. Nous avons relaté déjà cette difficulté du diagnostic. Mais ce qui semble donner une valeur à notre hypothèse, ce sont les données de la clinique où nous voyons si souvent les malades atteints d'épithélioma ne pouvoir pas préciser le début du mal qui n'apparaît qu'à la suite de lésions dont il est difficile de déterminer la nature.

TRAITEMENT

Prophylaxie. — Les risques de dégénérescence épithéliale augmentant avec l'étendue du tissu inodulaire, on comprendra facilement l'importance d'une prophylaxie ayant pour but de restreindre, autant que possible, la formation de celui-ci. Ce résultat sera obtenu par la recherche de la réunion immédiate des plaies opératoires, pratiquée suivant les règles de la méthode antiseptique, de façon à éviter le développement de la suppuration. L'autoplastie sera une ressource précieuse dans les cas où la perte de substance offrirait des dimensions notables. On surveillera attentivement le travail de cicatrisation lorsque celui-ci sera de longue durée comme c'est le cas à la suite de brûlures étendues ou de traumatismes graves, de façon à prévenir la formation de cicatrices difformes, vicieuses, saillantes avec brides. La cicatrice étant complète, on prendra les précautions nécessaires pour la protéger contre l'action des agents ou causes d'irritations extérieures et si son ulcération se produit, on s'efforcera d'en obtenir la guérison le plustôt possible à l'aide de pansements appropriés. Tout cela ne s'adresse qu'au terrain sur lequel peut naître l'épithélioma. Que faut-il faire lorsque le néoplasme est constitué ?

Traitement curatif. — Il ne peut être que chirurgical. Avant d'examiner les divers procédés opératoires, disons quelques mots sur les médicaments qui ont été employés comme traitement de l'épithélioma.

Le chlorate de potasse est celui dont on a le plus fait usage.

En 1847, Tedeschi, guérit un cancroïde par des applications de chlorate de potasse.

M. Bergeron en 1856, obtint le même résultat sur un chat atteint d'épithélioma et eut d'autres succès sur plusieurs malades en 1862 et 1863.

Depuis ce moment, les essais se succèdent et des guérisons sont obtenues par MM. Fereol, Vidal, Broca, Reclus.

M. Vidal (1) le prescrit à l'intérieur, à la dose de 4 à 6 gr. par jour et l'emploie en même temps, comme pansement, en solution saturée. On peut aussi saupoudrer les bords de l'ulcération avec ce sel pulvérisé. Il faut dire aussi que l'auteur y joint parfois le grattage.

M. Reclus (2) a obtenu la guérison de trois cancroïdes par des pansements au chlorate de potasse. Malgré cela, ce traitement ne doit être employé que dans les cas exceptionnels, et pour lui le bistouri restera toujours le traitement de choix.

J. Hyvernaud (3) conclut, dans sa thèse, que le chlorate à l'intérieur est sans action. Il serait efficace, comme topique, en poudre ou en solution à 6 0/0. Sur 63 cas, on a obtenu 32 guérisons, 15 améliorations et 16 insuccès.

Malgré ces résultats, ce mode de traitement ne paraît pas devoir être accepté. Tout au plus, pourait-on l'appliquer aux formes les plus bénignes du cancroïde.

1. *Gaz. des Hôpit.* 1879 p. 909.
2. *Gaz. des Hôpit.* 1er mars 1887.
3. J. Hyvernaud. *Du traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse* Th. de Paris, 1887.

M. Luton (1) a guéri un cancroïde de la face par l'emploi de l'eucalyptus à l'intérieur.

M. Jaja (2) a obtenu, avec la résorcine, une guérison sur deux cas dans lesquels il l'a employée, à l'exemple de Pascale, Mannino, Rubino. Il se sert d'abord d'une pommade, composée à parties égales, de vaseline et résorcine et diminue ensuite la quantité de résorcine. La pommade forme une escharre mince à la surface de l'ulcération ; on la fait se détacher par des onctions de vaseline et la cicatrisation se produit.

Le traitement chirurgical de l'épithélioma comprend plusieurs procédés.

Le tableau suivant indique ceux qui ont été adoptés par les auteurs des observations que nous rapportons ainsi que les résultats obtenus (3) :

Abstentions. .	6	1. Broca. Malade de 75 ans. 2. Charcot. idem. 3. Boegehold. Epithélioma du dos. 4. Hue et Jacquin. Épithélioma de l'ombilic. 5. Demarquay. Épithélioma, adhérences profondes. 6. Demarquay. Épithélioma en cuirasse.		
Cautérisations. . . .	13	Récidives. . .	7	
Grattage.	1	id .	1	
Ligatures	2	id .	1	
Ablations de la tumeur.	30	id	10	
Désarticulations . . .	6	id	1	
Amputations	34	id	1	

1. *Bullet. Soc. méd. de Reims*, 1876.

2. *Giornal. italian. per le malad. vener. e della pelle*, 1887 fascic. I, *Contribuz. alla cur del cancr. della cute c. la résorcina.*

3. Le total des chiffres des tableaux dépasse celui des observations vu la pluralité des procédés appliqués parfois au même cas.

Résultats :

Guérisons.	41	
Morts. . .	dont 15	1. par pneumonie. 1. — pyohémie. 2. — généralisation viscérale. 2. — péritonite (épith. de l'ombilic).
Morts probables	5	(cas de Flower, Baas, Boegehold, Bérard, Demarquay).
Indéterminés. .	13	
Total	74	observations.

Voici un second tableau qui résume les procédés opératoires suivis dans nos observations et leurs résultats :

Abstentions. .	2	Observ. IX. Malade âgé de 70 ans. — VII. Epith. de la région temporale

Grattages.	2.	Récidives . . .	2
Ablations de la tum. au bist.	8.	id —	1
Id. au thermo-cautère. .	3.	id	1
Amputations	5.	id	0

Résultats :

Guérisons. . .	9	
Morts.	3	Généralisation viscérale, Obs. IV. pneumonie — VI. érysipèle infectieux — IX.
Mort probable.	1.	Epith. de la région temporale. Obs: VII.
Indéterminés .	3.	
Total	16.	

La lecture de ces tableaux permet de se rendre compte, assez exactement croyons-nous, de la valeur thérapeutique des divers procédés.

Nous laisserons de côté la ligature qui n'est plus employée aujourd'hui et qui ne mérite pas de l'être.

Le grattage ou raclage avec la curette tranchante est un procédé qui fut d'abord employé par Volkmann contre le lupus. Hébra, Pick, Auspitz l'ont appliqué au traitement de l'épithélioma. Il paraît indiqué à M. Ballmanno (1) contre l'*ulcus rodens* de la face, à marche lente. Il aurait obtenu, par ce moyen, une guérison rapide et complète dans trois observations.

On peut voir ci-dessus que ce procédé a complétement échoué.

Les cautérisations ont été suivies de récidives dans plus de la moitié des cas. C'est donc une méthode qu'on ne saurait trop blâmer, et pourtant nous ne voyons pas les auteurs les proscrire définitivement. Il serait complétement inutile d'énumérer ici tous les caustiques qu'on a employés. Plusieurs fois, on a appliqué, sur une même tumeur, toute une série de caustiques dont la nature variait avec chaque récidive. On pourra juger de la valeur de ces cautérisations successives par l'histoire du malade rapportée dans le mémoire de Follin (2) et mieux encore par celle de la femme à qui Demarquay pratiqua la désarticulation de l'épaule en 1863 (3). On pourrait rapprocher ces résultats de ceux qu'on a obtenus pour l'épithélioma de l'utérus par le même mode de traitement. Nous avons établi, dans l'étiologie, l'influence capitale de l'irritation sur le développement de

1. *Med. Times a Gaz.* 1878. vol. II. p.512
2. Follin, *loc. cit.* p. 14.
3. Parmentier, *Bullet. Société anatom.* 1864, p. 303.

l'épithélioma. Son action ne serait pas moins funeste dans le traitement. Nous considérons donc les cautérisations comme très nuisibles ; elles possèdent une action aveugle, produisent une escharre indéterminée et laissent à leur suite des plaies qui doivent suppurer. A l'appui de notre manière de voir, nous dirons que ce procédé n'a pas été mis en pratique une seule fois dans nos 16 observations personnelles.

C'est donc à la méthode actuelle d'éxérèse, l'ablation de la tumeur au bistouri, qu'on devra recourir. Les tableaux précédents nous montrent que les chances de guérison sont en raison directe de la grandeur du sacrifice que l'on est obligé de faire ; nous ajouterons qu'elles sont également en raison de la précocité de l'intervention. Celle-ci devra toujours dépasser largement les limites apparentes du mal et porter sur des tissus sains en prévision d'une infiltration épithéliale plus étendue. On s'efforcera de diminuer, le plus possible, l'étendue de la plaie opératoire par la recherche de la réunion immédiate et en s'aidant des ressources de l'autoplastie, de façon à restreindre, le plus possible, comme nous l'avons dit, la formation du tissu inodulaire. Les greffes seront utiles pour accélérer le travail de cicatrisation. On n'oubliera pas de pratiquer en même temps l'extirpation des ganglions lymphatiques correspondants pour peu qu'ils laissent soupçonner le plus léger degré de dégénérescence secondaire.

Le sacrifice du membre deviendra nécessaire lorsque le mal a atteint des proportions étendues en surface et en profondeur et, dans ce cas, toute temporisation serait fatale pour le malade.

Une contre-indication provenant de l'âge avancé se présentera rarement. L'abstention sera plutôt commandée par le siége ou le volume de la tumeur (Hawkins, Boegehold, Demarquay. Obs. VII, etc), auquel cas le chirurgien doit malheureusement se résigner à abandonner le malade.

OBSERVATIONS PERSONNELLES ET INÉDITES (1)

Observation I

Epithélioma du bras développé sur la cicatrice d'un cautère.

Dém... Marie, sans profession, âgée de 71 ans, entrée le 10 septembre 1886, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, lit n° 2, dans le service de M. Quénu, suppléant M. Cruveilhier.

Cette malade n'a pas connu ses parents. Elle a eu le choléra, à Nemours, à l'âge de 16 ans. Fièvre typhoïde à 21 ans.

Depuis l'âge de 20 ans, elle a porté un cautère sur la face externe du bras gauche qu'elle avait appliqué parce qu'elle souffrait d'abcès du sein. Ce cautère était constitué par une graine d'iris, l'ulcération offrait les dimensions de la tête d'un gros clou. La malade s'est toujours servie de son bras aussi aisément que de l'autre. En 1882, le bras gauche a été atteint d'érysipèle ; un médecin, qui la vit

1. Nous regrettons de n'avoir plus la possibilité d'ajouter quelques observations que M. le Professeur Heurtaux, de Nantes, veut bien nous transmettre. Qu'il nous permette de l'en remercier ici.

à cette époque, lui fit retirer son pois. La malade guérit de son érysipèle et laissa cicatriser son ulcération dont la cicatrisation fut lente ; elle s'accompagnait de démangeaisons vives l'obligeant à se frotter, parfois même jusqu'à se faire saigner. Quoi qu'il en soit, l'année suivante en 1883, l'ulcération était cicatrisée depuis un an, lorsqu'elle remarqua l'apparition d'une petite papule sur les bords de la cicatrice. Celle-ci était complétement indolente, légèrement suintante et la malade n'y fit pas attention. Sous l'influence du frottement, par suite des mouvements du bras, la petite tumeur subit un accroissement progressif et atteignit le ovlume d'une cerise, puis d'une noix. Elle n'a jamais donné lieu à des phénomènes douloureux ni à une hémorrhagie notable.

Etat actuel. — Malgré son âge, la malade est vigoureuse et alerte. L'appétit a toujours été satisfaisant. Pas d'amaigrissement.

On constate, sur le milieu de la face externe du bras gauche, la présence d'une tumeur, à surface rosée, granuleuse, comme framboisée. Elle offre le volume d'une petite mandarine. Sa vascularisation est suffisamment développée pour que le contact du doigt fasse apparaître un léger suintement de sang. La tumeur est très facilement mobile sur les parties profondes et, en la pressant entre les doigts, on fait sourdre de sa surface les bourbillons caséeux caractéristiques de l'épithélioma. Aucun engorgement des ganglions de l'aisselle. La malade n'accuse pas d'autres phénomènes fonctionnels que quelques élancements douloureux dans le bras, apparus depuis six mois seulement.

M. Quénu pratique l'ablation de la tumeur en la circons-

crivant par une incision circulaire de façon à dépasser largement sa base d'implantation. Celle-ci n'a aucune adhérence avec les parties profondes. Pansement avec la gaze iodoformée et l'ouate phéniquée. Rien de particulier à noter dans les suites de l'opération

La malade a quitté l'hôpital le 27 septembre 1886. Guérison complète.

L'examen microscopique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes épidermiques.

Observation II

Epithélioma de la jambe développé sur une cicatrice de brûlure; extension au tibia. Amputation de la cuisse, guérison.

(Hôtel-Dieu. Service de M. Tillaux).

Le nommé A. Edm. âgé de 56 ans, charron, entré le 15 mars 1886, salle Saint-Côme, lit n° 18.

Hérédité nulle. Aucun antécédent morbide personnel. Pas de syphilis.

En 1846, brûlure profonde de la jambe gauche ayant laissé une cicatrice étendue.

En 1883, le malade reçut un coup de marteau sur sa cicatrice, qui fut déchirée. Pendant longtemps, la plaie n'eut aucune tendance à la guérison.

Au mois de juin 1885, nouveau traumatisme sur la cicatrice qui fut rompue une seconde fois. Vers la fin de cette même année, la cicatrisation étant depuis peu de temps complète, le malade remarqua le début d'une ulcération, dans la région qui avait été blessée. Cette ulcération s'agrandit peu

à peu ; le malade entre à ce moment à l'hôpital où il est soumis au repos absolu pendant un mois et au traitement antisyphilitique. Ce dernier n'amena aucune amélioration. 6 mois après, A... revient à l'Hôtel-Dieu, au mois de mars 1886, décidé à se faire opérer.

Etat actuel. — A la partie moyenne de la jambe gauche, existe une vaste ulcération mesurant la largeur de la paume de la main. Elle siège sur la face externe de la jambe, passe au devant de la crête du tibia et se termine sur sa face interne. Ses bords sont indurés, irréguliers, le fond est bourgeonnant, grisâtre et saignant au moindre contact. Il présente des dépressions profondes qui pénètrent dans le tibia à une profondeur de trois centimètres; par ces petites fistules, on peut faire sourdre une matière sanieuse, contenant des petit corps blanchâtres et allongés. Le stylet pénètre dans l'intérieur de l'os qui est friable. La cicatrice est adhérente aux os et aux muscles.

Petit ganglion dans l'aine correspondante. Le malade a maigri et perdu ses forces ; la marche est impossible. Pas de phénomènes douloureux ni d'hémorrhagies.

Diagnostic : Epithélioma peu développé sur une ancienne cicatrice de brûlure irritée par des traumatismes ; envahissement consécutif du tibia.

Opération : Amputation sus-condylienne de la cuisse à ambeau antérieur. Réunion par première intention. Guérison.

Le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique de la tumeur et de l'os.

Observation III

Epithélioma cicatriciel de l'avant-bras. Amputation du bras. Guérison.
(Hôtel-Dieu, service de M. Tillaux).

La nommée Br., Aurélie, âgée de 46 ans, domestique, entre le 20 décembre 1886 à l'Hôtel-Dieu, salle Ste. Marthe, lit n° 15.

Pas d'antécédents morbides héréditaires ni personnels. Cette malade a toujours joui d'une parfaite santé. A 34 ans, fausse couche de trois mois. A l'âge de 11 ans, un vase contenant de l'essence de térébenthine a pris feu et l'a communiqué à ses vêtements. La malade a été brûlée aux mains, aux avant-bras, aux genoux et au cou. C'est à l'avant-bras droit, où siège actuellement la tumeur, que la brûlure a été la plus profonde. L'avant-bras gauche, la face antérieure du cou et du genou droit portent aujourd'hui des cicatrices étendues; celle de l'avant-bras gauche forme une bandelette parcheminée qui se tend, au niveau du pli du coude, dans les mouvements de l'extension de l'avant-bras. La cicatrisation de la brûlure de l'avant-bras droit a demandé un an pour être complète ; elle formait une bride analogue à celle du côté opposé.

La malade raconte qu'à 17 ans elle a vu apparaître une verrue, d'abord très minime comme volume mais qui égala bientôt celui d'une noisette, au niveau de la partie moyenne de la cicatrice. Cette petite nodosité ne donna lieu d'abord à aucun suintement. Elle resta stationnaire jusqu'en 1882. A ce moment, l'ulcération apparut. La malade l'attribue au contact de

l'eau chargée de soude dans laquelle son métier de lessiveuse l'obligeait à tremper ses bras. Le travail ulcératif détruisit la nodosité puis le pourtour de celle-ci, de façon à former une ulcération de la dimension d'une pièce d'un franc. Un médecin fit des pansements variés, mais voyant que le mal ne faisait que s'accroître, il adressa la malade à M. Tillaux.

Etat actuel. — Ulcération mesurant 8 centim. 1/2 de longueur sur 7 de larg,, siégeant à la partie moyenne de l'avant-bras droit, dont elle occupe la face postérieure, le bord interne et une partie de la face antérieure. La surface de la tumeur est à la fois mamelonnée et anfractueuse; l'ulcération qu'elle détermine est profonde d'un centimètre. Les bords sont déchiquetés, indurés, décollés. Sa vascularisation est assez prononcée pour qu'elle saigne au moindre contact. En dehors et en bas, la peau est adhérente et laisse soupçonner l'envahissement du périoste du cubitus par la prolifération épithéliale. En pressant les mamelons entre les doigts, on en exprime les bouchons caséeux habituels. La consistance de cette tumeur est notablement dure. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. Les symptômes fonctionnels sont à peu près nuls. Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont libres, ceux de l'articulation du poignet sont plus gênés. Aucun phénomène douloureux. La malade, qui a toujours été d'une santé robuste, conserve un état général très satisfaisant. Le bras malade est un peu amaigri.

L'intervention décidée, M. Tillaux ne fait pas une ablation simple à cause de la propagation probable du mal au périoste du cubitus; (le malade de la salle Saint-Côme, opéré

l'année précédente et dont l'histoire est rapportée ici, offrait un exemple semblable). On ne peut pratiquer la désarticulation du coude, qui est une bonne opération, car la peau de la face antérieure du membre, dont il faudrait se servir comme lambeau, est formée par un tissu de cicatrice. On doit donc recourir à l'amputation du bras que M. Tillaux pratique le 26 janvier 1887, par la méthode circulaire.

La malade a quitté l'hôpital le 2 mars 1887. La guérison était complète.

La dissection de la tumeur nous montre qu'elle s'est accrue en surface et non en profondeur, elle n'occupe que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les tendons extenseurs sont libres. Les os sont sains, sauf à la partie inférieure, où le périoste du cubitus est envahi comme on l'avait présumé. L'examen histologique montre que la tumeur est un épithélioma pavimenteux lobulé.

Observation IV

Epithélioma de la cuisse développé sur une cicatrice de brûlure ; dégénérescence épithéliale des ganglions inguinaux. Ablation. Généralisation ganglionnaire et viscérale. Mort. (Hôpital Saint-Louis, service de M. le Dentu).

L... Augustine, âgée de 53 ans, entrée le 12 octobre 1886, à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, lit n° 57.

Le père de cette malade est mort, à 67 ans, d'une affection cholériforme. Sa mère est morte hémiplégique après dix mois de maladie.

Réglée à 15 ans, menstruation régulière. A eu quatre enfants actuellement bien portants. Ménopause à 38 ans. Santé toujours parfaite. A l'âge de 10 ans, le feu a pris à ses vêtements et la face antérieure du genou, les faces antérieure et externe de la cuisse gauche ont été gravement brûlées. La guérison n'a été complète qu'au bout d'un an ; les mouvements de l'articulation du genou restèrent libres.

En 1885, la malade, âgée alors de 52 ans, s'aperçut d'une ulcération, du volume d'une amande développée au milieu de la face antérieure de la cuisse, en pleine cicatrice ; celle-ci était devenue, depuis quelque temps, le siége d'un prurit insolite. Cette ulcération s'accrut de haut en bas et fut pansée avec diverses pommades. Son extension aurait été très rapide, car, au dire de la malade, elle mesurait près de dix centimètres de longueur trois mois après son apparition. Malgré le conseil qui lui fut donné, à ce moment à l'hôpital Laënnec de se faire opérer, elle n'y voulut pas consentir et continua à faire des pansements au vin aromatique et avec différents topiques.

A son entrée à l'hôpital, on constate que toute la partie supérieure de la cuisse gauche est occupée par un vaste épithélioma qui siège sur la face antérieure du membre. La tumeur qui s'étend du milieu de la cuisse à l'arcade crurale, offre une longueur de plus de vingt centimètres. Sa surface irrégulièrement triangulaire, est rouge, inégale, anfractueuse et saigne au moindre contact ; elle offre un aspect bourgeonnant assez développé. Sa consistance est particulièrement dure. Les bords sont saillants et indurés, comme à l'ordinaire. On constate dans l'aine plusieurs ganglions volumineux, durs, dégénérés. Malgré le développement considérable de la tumeur, les symptômes fonctionnels sont peu accusés. Les phénomènes doulou-

reux n'offrent que peu d'intensité. Pas d'hémorrhagies. L'état général est mauvais, perte de l'appétit et des forces, amaigrissement notable.

Le 27 octobre, M. Le Dentu pratique l'ablation de la tumeur et des ganglions inguinaux dégénérés. On peut constater que le mal s'est développé surtout en surface. Les suites immédiates de l'opération ne présentèrent rien de particulier mais la plaie opératoire ne marchant pas vers la cicatrisation, on y fit des greffes épidermiques. Quelques-unes seulement prirent. L'état général devenait de plus en plus mauvais, la malade s'affaiblissait graduellement. Elle mourut le 29 mars 1887. — Une récidive locale était survenue depuis quelques semaines, présentant une marche rapide.

Autopsie. — Dégénérescence épithéliale des ganglions iliaques externes, pelviens et lombaires qui forment plusieurs tumeurs volumineuses, à la coupe, leur centre offre un aspect caséeux.

Le foie présente plusieurs noyaux secondaires dont l'un, sur la face convexe offre le volume d'une petite orange. D'autres, plus petits, occupent l'intérieur de l'organe. Le rein gauche contient deux petits noyaux cancéreux du volume d'une noisette. Rien dans le rein droit.

La rate renferme également plusieurs nodules très petits. Rien à noter dans les autres viscères. Congestion passive aux deux bases des poumons. Pas de tubercules.

Cœur flasque. Pas d'artério-sclérose.

Observation V

Epithélioma cicatriciel du creux poplité. Dégénérescence des ganglions inguinaux. Amputation de cuisse. Ablation des ganglions. Guérison.

(Hôpital Saint-Louis, service de M. Le Dentu).

Bl., Louise, âgée de 43 ans, journalière, entrée le 2 décembre 1886, salle Denonvilliers, lit n° 73.

Pas d'antécédents morbides héréditaires. Réglée à 16 ans, menstruation normale, ménopause à 36 ans. Ni grossesse ni fausse couche. Aucune maladie antérieure. A l'âge de neuf ans, sa mère, voulant la punir, l'expose à un feu ardent. L'enfant fut grièvement brûlée aux jambes et aux cuisses. Elle fut soignée à la Charité, dans le service de M. Velpeau, où elle resta six mois. La guérison fut complète. Le creux poplité du côté gauche était occupé par une cicatrice qui dépassait ses limites et s'étendait sur la jambe et la cuisse.

Au début, l'extension complète de la jambe était impossible et la malade ne pouvait marcher qu'à l'aide d'une béquille, en appuyant la pointe du pied par terre. Quelques années plus tard, cette impotence fonctionnelle disparut. La brûlure avait été beaucoup moins profonde à la jambe droite.

A 37 ans, la malade a vu survenir une petite ulcération, en pleine cicatrice, au niveau du pli de flexion de la jambe sur la cuisse. Cette ulcération, toute superficielle, offrait les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et siégeait au niveau des tendons fléchisseurs de la jambe. La malade ne

s'en inquiéta pas et continua de vaquer à ses occupations. Depuis son apparition, l'ulcération suivit une marche lente mais progressive. Elle fut pansée régulièrementmais sans succès. Les symptômes fonctionnels survinrent, dûs à l'accroissement de la tumeur; douleurs causées par les mouvements de l'articulation du genou, impotence du membre que la malade était obligée de tenir constamment dans une demi-flexion, impossibilité graduelle de la marche. En 1885, apparition dans l'aine gauche d'une petite tumeur dure qui devint grosse comme une noix.

Au moment de l'entrée, le 2 décembre 1886, six ans après le début du mal, on constate que toute la région poplitée gauche est envahie par un épithélioma dont les dimensions dépassent celles de la main. Son grand diamètre est parallèle à l'axe du membre. Sa consistance est d'une dureté particulière. La surface en est rouge et mamelonnée, facilement saignante. A la partie supérieure du triangle de Scarpa, tumeur ganglionnaire, dure, du volume d'un œuf de poule. L'état général n'est pas altéré.

Le 8 décembre. — Amputation de cuisse à grand lambeau antérieur, suivie de l'extirpation de la masse ganglionnaire dégénérée.

Les suites de l'opération furent très satisfaisantes et la malade quitta l'hôpital le 10 mai 1887, complétement guérie.

Observation VI

Epithélioma de la jambe sur une cicatrice vicieuse. Amputation de cuisse et ablation de ganglions dégénérés. Suppuration du moignon. Septicémie. Pneumonie. Mort.
(Hôpital Saint-Louis. Service de M. Le Dentu).

M... Nicolas, 68 ans, garçon de magasin, entré le 29 janvier 1887, à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, lit n° 25.

Mère morte à 33 ans de septicémie puerpérale. Père inconnu. Accès de fièvre intermittente en Afrique, étant militaire, pendant deux ans. En 1848, fracture du tibia avec plaie. Soigné à la maison Dubois, dans le service de Demarquay. Erysipèle gangréneux. A sa sortie, la fracture était consolidée et la plaie cicatrisée, sauf à la partie postéro-interne de la jambe, sur une surface de quelques centimètres. Le malade n'éprouvant aucun phénomène douloureux, se remit à marcher et à travailler, se bornant à appliquer sur sa plaie diverses pommades. Celle-ci persista pendant 38 ans. Elle se cicatrisa seulement au début de l'année 1886, après plusieurs alternatives de guérison incomplète et d'ulcérations Au mois de juin 1886, six mois après la cicatrisation complète, le malade, âgé de 67 ans, s'est aperçu de l'apparition d'une petite papule rosée sur le point de la cicatrice qui s'était fermé en dernier lieu. Cette petite tumeur grossit peu à peu, s'ulcéra, pendant que d'autres analogues apparaissaient à côté d'elle. Quelques mois avant son entrée à l'hôpital, il remarqua, dans la région inguinale, le développement de petites nodosi-

tés, dures, dont la plus grosse offrait le volume d'une noix. Au mois de décembre, il dut s'aliter.

30 janvier 1887.— On constate, à la partie inférieure et interne de la jambe droite, la présence d'une tumeur épithéliale, ulcérée, à surface bourgeonnante, qui mesure 15 centimètres de hauteur sur huit de large environ. Les bourgeons saignent au moindre contact et sécrètent une sanie fétide. On trouve, dans l'aine, plusieurs ganglions dégénérés. Aucun phénomène douloureux.

L'état général est satisfaisant. Rien de particulier dans les organes internes.

L'urine est d'une densité de 1017. Ni sucre, ni albumine.

Le diagnostic d'épithélioma n'étant pas douteux, M. Le Dentu pratique l'amputation de cuisse au tiers inférieur, avec lambeau antérieur, le 9 février 1887. Il la fait suivre de l'ablation de trois ganglions de l'aine dégénérés. Réunion du lambeau par huit sutures au catgut et deux sutures profondes au fil d'argent. Drainage du moignon et de la plaie inguinale.

Le 10 et le 11. — Mouvement fébrile léger.

14 février. — Premier pansement. Pas de réunion par première intention.

Pansement de Lister complet. La température est toujours au-dessus de la normale.

16. — Deuxième pansement. La suppuration apparaît aux angles du moignon dont les lambeaux commencent à s'écarter. On enlève les sutures.

18. — Pansement. La suppuration est établie. Les lambeaux pâles, atoniques, s'écartent l'un de l'autre. La plaie de l'aine est à peu près réunie.

Les jours qui suivent, on fait le pansement chaque jour. La suppuration est complète. La peau se décolle de plus

en plus et s'ulcère, des fistules s'établissent. On place un gros drain dans le foyer, le bout supérieur est distant de vingt centimètres de l'extrémité du moignon.

A partir de la fin de mars, l'état général s'altère et décline rapidement. La fièvre reparaît, irrégulière, avec exacerbations vespérales. La respiration devient gênée, la langue sèche, anorexie, diarrhée. Le moignon n'est plus qu'un vaste clapier.

7 avril 1887. — Frissons, refroidissement des extrémités, subdélirium. Mort.

Autopsie. — La suppuration a fusé le long de la gaîne des vaisseaux et remonte jusque dans la fosse iliaque.

Les poumons sont seuls en cause. Des deux côtés, adhérences pleurales anciennes, très fortes à gauche. L'intérieur du poumon droit est infiltré, dans toute sa hauteur, d'un pus épais, crémeux, celui-ci est collecté, dans la scissure interlobaire, entre le lobe moyen et le lobe inférieur et sa quantité équivaut bien à un quart de litre. Pas de tubercules aux sommets.

Rien de particulier à noter dans les autres viscères.

Observation VII

Épithélioma cicatriciel de la tempe.

Le 9 juillet 1887, se présentait à la consultation de M. Vidal à l'hôpital Saint-Louis, le nommé A..., Jean, âgé de 44 ans, comptable, atteint d'une vaste ulcération occupant la région

temporale droite. M. Vidal diagnostique un épithélioma et adresse le malade à M. Le Dentu, qui, après examen, rejette toute intervention.

Le malade est un homme vigoureux, dans la force de l'âge, ancien sous-officier de gendarmerie.

Ses parents sont vivants actuellement et n'ont jamais été malades. Il a plusieurs frères et sœur bien portants.

Il contracta la syphilis à l'âge de 23 ans et entra à l'hôpital militaire de Lyon où il suivit un traitement spécifique pendant quarante jours, qui ne fut pas continué depuis.

En 1871, il fut blessé à Courbevoie par un éclat d'obus à la tempe droite. La blessure fut légère et guérit en laissant une cicatrice peu étendue, mesurant trois centimètres environ de diamètre.

En 1876, cinq ans après, le malade, qui était alors sous-officier de cavalerie, vit survenir une petite papule, de la grosseur d'une lentille, sur la cicatrice continuellement irritée par le frottement du casque. Celle-ci, s'ulcéra et donna lieu à un suintement constant. Son volume allait croissant, elle atteignait en 1878 la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Plusieurs médecins consultés à ce moment furent d'avis de ne pas y toucher. Le malade quitta le service militaire en 1879. L'ulcération fut pansée avec toute une série de pommades. En 1885, elle offrait à peine la grandeur d'une pièce de cinq francs, en argent.

A ce moment, il entre à l'hôpital maritime de Rochefort où il est opéré. Incision circulaire, dans la peau saine, circonscrivant la tumeur.

Le début de l'épithélioma datait *de neuf ans*, au moment où l'on tentait contre lui une première opération.

La plaie se cicatrisa rapidement.

L'an dernier, en juin 1886, récidive à la partie supérieure de la cicatrice, sous forme d'une petite croûtelle, au niveau de la queue du sourcil. La croûte tombe sous l'influence du grattage et laisse à découvert une érosion sanguinolente, reproduisant des croûtes, s'agrandissant et suivant une marche rapide.

Pansements au chlorate de potasse et à la vaseline boriquée : il semble au malade que ces pansements précipitent la marche du mal. Ni douleurs, ni hémorrhagies.

Juillet 1887. *Etat actuel.* — La région temporale droite est occupée par une ulcération, allongée d'avant en arrière, de forme ovalaire, mesurant 6 centimètres sur 4. La queue du sourcil correspondant est détruite. L'ulcération affleure la commissure externe des paupières. Les bords sont saillants et d'une dureté remarquable, décollés par place, ailleurs comme repliés en ourlet.

L'ulcération est peu profonde et laisse à découvert l'aponévrose épicrânienne, qu'on reconnaît, en certains points, à son aspect lisse. Dans les autres, le fond du néoplasme est formé par une surface rouge, irrégulière, à la fois mamelonnée et anfractueuse, saignant au contact du doigt, non douloureuse à la pression.

A la partie supérieure de l'ulcération, on ne trouve pas de limite nettement tranchée entre celle-ci et le cuir chevelu ; l'épiderme se détache sous forme de croûtes recouvrant plusieurs points exulcérés, produisant un suintement sanguinolent, qui dénotent l'extension de l'épithélioma dans cette direction. Cet aspect reproduit celui du début de l'ulcération.

Les régions parotidienne et mastoïdienne n'offrent pas trace de tuméfaction ganglionnaire.

Les symptômes fonctionnels sont nuls : ni douleurs ni hémorrhagies, malgré le développement de l'ulcère sur le territoire de l'artère temporale superficielle et du nerf auriculo-temporal.

L'état général est satisfaisant. Le malade peut continuer son travail et n'est gêné que par la difformité que cause la présence du mal. L'appétit n'a pas diminué et il n'existe pas d'amaigrissement manifeste.

. . . . . .

Insistons sur quelques particularités de cette observation.

Un homme vigoureux, de 33 ans, sans aucun antécédent héréditaire, est atteint d'un épithélioma dû à la présence d'une cicatrice. Par sa situation, cette cicatrice était exposée aux frottements du casque qui, par une irritation continuelle, en causa l'ulcération et la dégénérescence.

Le néoplasme s'accroît d'une façon constante mais très lente ; au bout de neuf ans, ses dimensions ne dépassaient pas quatre centimètres de diamètre. Pendant toute cette période, on n'intervient pas et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'on se décide à pratiquer une ablation qui aurait dû être faite dès le début.

Aussi, la récidive survient l'année suivante et suit une marche rapide qui fait repousser une seconde intervention.

Absence de symptômes fonctionnels et de propagation ganglionnaire. Conservation de la santé générale.

J'ai eu des nouvelles du malade à la fin de l'année 1887. L'affection ne faisait que peu de progrès et la santé générale se maintenait satisfaisante.

Observation VIII

Epithélioma papillaire cicatriciel de la main. Août 1887. (Hôpital Beaujon, service de M. le professeur Duplay).

Bernard B..... 44 ans, infirmier à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, lit n° 35. Aucun antécédent héréditaire. Il a plusieurs frères et sœurs bien portants. Fluxion de poitrine à l'âge de 14 ans. A 18 ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Il accuse parfois des douleurs et des craquements articulaires dans l'épaule gauche.

A l'âge de 33 ans, en 1876, étant forgeron, il s'est blessé à la face antérieure de l'avant-bras, au-dessus du poignet, avec un morceau de fer rougi au feu. La plaie était profonde. La cicatrice actuelle, à surface déprimée, n'offre rien de particulier. En 1877, arthrite suppurée de l'articulation radio-carpienne droite pour laquelle il a été soigné à Montpellier et à Marseille. Immobilisation de la jointure. Plusieurs fusées purulentes et trajets fistuleux péri-articulaires ont dû être incisés. Les mouvements de la jointure étaient à peu près abolis en 1879 ; à cette époque, les plaies du dos de la main n'étaient pas encore complétement guéries, dans la partie correspondant aux deux derniers métacarpiens.

Au mois d'août 1880, quatre mois environ après la cicatrisation complète, le malade a remarqué l'apparition d'une petite papule au niveau de l'interligne articulaire métacarpo-phalangien du petit doigt, sur le tissu de cicatrice. Cette saillie d'abord très-petite, grosse comme un grain de blé, augmen-

ta de volume en s'élargissant et s'étalant pour ainsi dire. D'autres papules apparurent à côté de la première. En même temps, ces bourgeons s'étendaient en hauteur comme en surface et constituaient une petite tumeur végétante, saillante sur le dos de la main. Son volume resta stationnaire pendant plusieurs années et ce n'est que depuis six mois qu'il paraît s'accroître plus rapidement. Le malade a cautérisé, nombre de fois, la tumeur avec le crayon de nitrate d'argent sans parvenir à en réduire le volume. Les dernières cautérisations, dit-il, semblaient la faire augmenter. Il l'a pansée successivement avec du cérat, de la vaseline simple et boriquée, de l'iodoforme, l'eau phéniquée à 1/40e, et à 1/20e. Les douleurs étaient nulles et les mouvements de deux derniers doigts libres, ce qui lui permit de continuer son service.

Le 7 juillet 1887, on constatait l'état suivant.

L'articulation du poignet droit est à peu près complétement ankylosée et ne possède que quelques légers mouvements très limités de flexion et d'extension. Le dos de la main droite est recouvert d'une cicatrice vasculaire, d'une coloration rouge violacée, dans l'espace correspondant aux trois derniers métacarpiens. Elle s'étend du poignet aux articulations métacarpo-phalangiennes correspondantes.

Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, de l'annulaire et du petit doigt, il existe une tumeur d'aspect papillaire, offrant le volume d'une pièce de cinq francs. Elle empiète sur le bord cubital de la main et s'avance sur la face dorsale du petit doigt. Elle offre une apparence framboisée. Sa hauteur est d'un centimètre à peine au-dessus de la peau, sa surface et ses limites, irrégulières.

En l'examinant d'un peu près, on voit qu'elle se compose d'une quantité de végétations, recouvertes d'épiderme corné, paraissant agglomérées mais qui en réalité sont distinctes les unes des autres et séparées par des sillons, dont la surface est rouge, ulcérée et dans lesquels le revêtement épidermique fait défaut. La consistance est assez ferme. La tumeur est vasculaire et saigne assez facilement à un léger frottement. Elle donne lieu au suintement d'un liquide épais et peu abondant, roussâtre, qui se concrète en croûtes à la surface. Le malade n'accuse aucun phénomène douloureux, mais seulement un peu de gêne pour fléchir les deux derniers doigts dans la paume de la main.

Au-dessus de l'épitrochlée, on trouve difficilement un petit ganglion engorgé, de la grosseur d'un pois.

L'ablation de la tumeur est pratiquée le 27 août 1887 par M. Quénu, remplaçant M. le professeur Duplay. Excision au bistouri, à un centimètre en dehors des limites de la tumeur Celle-ci n'offre pas d'adhérences avec les tendons extenseurs. Pas de tentative de réunion. Pansement à l'iodoforme et à l'ouate phéniquée.

31 août. — Premier pansement. La plaie a bon aspect. Aucun mouvement fébrile.

2 septembre. — Deuxième pansement. État local satisfaisant. Le malade est gai et mange de bon appétit. A partir de ce moment, la cicatrisation de la plaie marche régulièrement, quoiqu'avec un peu de lenteur.

Le malade a pu quitter le service le 30 septembre 1887 et reprendre immédiatement ses fonctions d'infirmier.

Actuellement, il n'existe aucun indice de récidive ; on note seulement une légère flexion du petit doigt dans la paune de la main.

L'examen histologique de la pièce nous donne la structure de l'épithélioma à forme papillaire, dans laquelle les bourgeons inter-papillaires, qui pénètrent profondément dans le derme, sont séparés par de longues papilles hypertrophiées, tout infiltrées de cellules embryonnaires.

Obtbrvation IX

Epithélioma développé sur une cicatrice vicieuse d'ostéo-myélite. Abstention. Mort.
(Communication orale de M. Quénu).

Le nommé Q.., Mathieu, cordonnier, âgé de 70 ans, entré le 10 février 1879 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, lit n° 17. Service de M. le Professeur Richet.

Cet homme racontait qu'à l'âge de 9 à 12 ans, il avait eu des abcès à la partie inférieure de la jambe gauche, qu'il lui était survenu une fistule dont le trajet avait presque continuellement persisté, tantôt s'oblitérant, tantôt se rouvrant.

Dès le début, l'os s'était tuméfié et était resté augmenté de volume. A 55 ans, nouveaux abcès et trajets fistuleux dans la même région, avec cicatrisation incomplète. Au mois de novembre dernier, la cicatrice, à peine complète, devint douloureuse, dure et facilement saignante.

Il y a peu de temps le malade est tombé, en descendant de son lit et s'est fracturé l'extrémité inférieure du tibia.

A son entrée, nous constatons qu'au tiers inférieur de la

face interne de la jambe gauche, il existe un ulcère à bords végétants, s'étendant des tendons fléchisseurs des orteils au bord externe du tendon du jambier antérieur, dans le sens transversal. Son diamètre vertical dépasse en haut de quatre travers de doigt l'articulation tibio-tarsienne et se termine en bas à un travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire.

En touchant cette ulcération, on constate qu'elle repose sur une plaque dure, que les bourgeons qui la composent sont durs eux-mêmes et qu'en les pressant, on en fait sortir une matière analogue à des filaments de vermicelle.

En un point, elle paraît se prolonger dans la profondeur et en effet l'exploration, à l'aide d'un stylet, démontre qu'elle s'enfonce dans le tibia.

Il n'existe pas de ganglions cruraux dégénérés.

On porte le diagnostic d'épithélioma.

Le malade reste plusieurs semaines dans le service et est emporté par un érysipèle infectieux qui fait le tour du tronc.

L'autopsie est faite par moi et l'examen histologique de l'ulcération nous démontre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

L'étude de l'os est particulièrement intéressante.

En effet, en pratiquant une section longitudinale, on constate que dans le canal médullaire et tout près de l'épiphyse inférieure, il existe de petites cavités remplies par des bourgeons auxquels l'examen microscopique fait reconnaître la même structure qu'à l'ulcère cutané.

Observation X

Epithélioma sur une cicatrice de circoncision.
(Communication orale de M. Quénu).

Dans cette même année, nous avons observé un épithélioma du pénis chez un homme âgé de 62 ans et couché au n°23 de la salle Saint-Landry. Cet homme avait été circoncis un an auparavant. A la suite de l'opération, il avait conservé un bourrelet fibreux que l'on sentait encore très nettement et c'est à ce niveau que s'est développé, sur le prépuce, un épithélioma de forme papillaire.

Observation XI

Epithélioma de l'oreille, Hôtel-Dieu, 1879. Service de M. le Professeur Richet.
Observation communiquée par M. Quénu.

Homme de la campagne, maigre, âgé de 74 ans. Cet homme portait des anneaux aux oreilles. Il a néanmoins cessé cet usage il y a plusieurs années.

Il y a 5 ou 6 ans, il a vu survenir, au lobule de l'oreille droite, une petite plaque sur la peau qu'il enlevait en se grattant, mais la surface se recouvrait d'une petite croûte. Depuis six mois, la grosseur a beaucoup augmenté. La région parotidienne s'est prise et actuellement l'oreille, la région parotidienne et une partie de la région mastoïdienne sont en-

vahies. Le malade dit bien que la propagation dans la région parotidienne a débuté par une grosseur arrondie et dure.

Aujourd'hui, la moitié postéro-inférieure de l'oreille est détruite et occupée par une ulcération, à bords durs, à fond rosé, rempli de gros bourgeons roses, inégaux de volume. En bas, il reste une escharre noire, circonscrite par un fossé plein de pus sanieux. Une partie de l'oreille est tombée par ce processus. Elle a commencé par devenir noire et la chute de l'escharre a eu lieu il y a 15 jours. Actuellement, le conduit auditif externe est rétréci et l'on en fait sortir du pus sanieux lorsqu'on presse sur la région parotidienne. L'expérience de Valsalva ne fait pas entendre de bruit indiquant une perforation du tympan. Le malade est complétement sourd depuis neuf mois.

L'extension de la tumeur s'est faite dans le sens que nous avons indiqué. La peau de la région mastoïdienne est peu adhérente.

La tumeur de la région parotidienne ne semble pas avoir d'adhérences profondes, car il n'existe pas de paralysie faciale et l'on peut imprimer à la tumeur des mouvemen's de latéralité.

Opération. Ablation large de la tumeur. Guérison de l'opération.

Observation XII

Cette observation que nous devons, ainsi que la suivante, à l'obligeance de M. Kirmisson, est une des plus remarquables que nous ayons rencontrées au point de vue de l'opiniâtreté du mal.

Epithélioma de la cuisse développé sur une cicatrice de brûlure. Ablation. Récidive, grattage à la curette. Deuxième récidive, deuxième grattage. Troisième rédicive, ablation au thermo-cautère avec extirpation d'un ganglion dégénéré. Quatrième récidive, seconde ablation au thermo-cautère, guérison incomplète.

Br... Marie, 22 ans, cuisinière, entrée le 29 septembre 1881, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhier, lit n° 6.

Père et mère bien portants. Deux sœurs en bonne santé. Aucune maladie antérieure.

A l'âge de 5 ans, le feu a pris aux vêtements de la malade et a causé une brûlure très-étendue de la face externe de la cuisse et du côté droit du corps. La plaie qui en a résulté s'est cicatrisée très lentement principalement dans la région où s'est développee plus tard la tumeur ; le travail de cicatrisation a demandé cinq ans, au dire de la malade.

A l'âge de 19 ans, Marie B. constate au niveau de la cicatrice de la cuisse une petite papule saillante qui bientôt s'ulcère et s'étend rapidement en surface, beaucoup moins en profondeur. Aucune douleur. Cependant l'ulcération persiste et augmente par poussées, et un an après le début, quelques phénomènes douloureux surviennent avec altération de l'état général. La malade entre à l'hôpital Saint-Antoine le 29 septembre 1881 et est opérée par M. Périer qui pratique l'extirpation de la tumeur.

Le 15 octobre, on constate le développement d'une première récidive. Deuxième opération : grattage avec la curette tranchante.

Au mois de février 1882, deuxième récidive suivie d'une troisième opération : second grattage avec la curette.

Mai 1882. — Au moment où M. Kirmisson, remplaçant M. Périer, voit la malade, il constate au milieu du tissu cicatriciel de la région externe de la cuisse droite, une plaie granuleuse, étendue, dans le sens de la longueur du membre, depuis le grand trochanter jusqu'au tiers inférieur du fémur. A la partie moyenne de cette ulcération, on remarque une masse du volume du poing, à surface mamelonnée, exhalant un liquide ichoreux et fétide. En examinant les ganglions du pli de l'aine, on remarque à la partie interne et supérieure du triangle de Scarpa, en dedans de la veine fémorale, une tumeur du volume d'un petit œuf, sans adhérences profondes ni superficielles. Cependant à sa partie inférieure, l'induration semble s'étaler en nappe et avoir envahi les parties profondes du derme.

16 mai 1882. — Opération. La tumeur de la cuisse est circonscrite au thermo-cautère et sa surface d'implantation disséquée, en dépassant largement les limites du mal. On lie quelques artérioles. Hémorrhagie insignifiante. La plaie résultant de cette ablation mesure 18 centimètres de long sur 15 de large. Au niveau du triangle de Scarpa, incision longitudinale avec le bistouri sur la tumeur ganglionnaire qu'on énuclée avec les doigts. On constate que cette tumeur est pédiculisée à son sommet qui présente quelques adhérences en un point voisin de la veine fémorale. Ce pédicule est coupé entre deux ligatures. Drainage et suture de la plaie. Pansement suivant la méthode de M. Verneuil.

Examen des parties enlevées. Les limites du mal, en ce qui concerne la tumeur de la cuisse, ont été dépassées. En avant, on retrouve quelques débris du fascia lata, déjà excisé dans une opération précédente. La petite tumeur est formée par

plusieurs ganglions entourés d'un tissu induré envoyant des prolongements rameux dans toutes les directions. A la coupe, ces ganglions paraissent manifestement épithéliaux et le raclage en fait sourdre un suc caractéristique.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération, la malade est prise de vomissements qui durent jusqu'au vendredi 19. Elle avait éprouvé les mêmes accidents lors des opérations antérieures. Rien à noter du côté de la plaie. La charpie phéniqué recouvrant la pièce de gaze est renouvelée deux fois par jour.

11 septembre. — La malade suit M. Kirmisson à l'Hôtel-Dieu. L'amélioration est considérable. Pansement à l'iodoforme.

3 février 1883. — Sortie de l'hôpital. La cicatrisation est incomplète. Depuis lors la malade a été revue à différentes reprises et la plaie n'a jamais pu se cicatriser complétement.

Séjour à l'hôpital Saint-Louis du mois de juillet 1883 au 7 janvier 1884, dans le service de M. Kirmisson, suppléant M. Le Dentu.

Le 28 novembre 1885, M. Kirmisson constate une induration ulcérée au centre de la cicatrice qui est douloureuse depuis quelques jours. Cet aspect fait craindre une récidive. Celle-ci se confirme dans le cours de l'année suivante et la malade entre à la Pitié, salle Lisfranc, lit n° 8, le 2 août 1886, dans le service de M. le professeur Verneuil.

5 août 1886. — Nouvelle ablation au thermo-cautère. La récidive mesurait la largeur de la paume de la main. Pansement phéniqué ouvert comme précédemment. Au moment où

M. Kirmisson a quitté le service, vers la fin de septembre, la cicatrisation était loin d'être encore complète.

20 janvier 1887. — Sortie. La plaie est grande comme la moitié de la paume de la main.

. . . . . .

Nous avons revu la malade à deux reprises différentes. Depuis sa sortie, la plaie causait très peu de suppuration. Pansement avec une solution de chloral à 1/50e.

Le 14 mars 1888, la plaie irrégulière, peu profonde, triangulaire, à sommet inférieur, mesure 8 centimètres de longueur sur 4 de large. Sa surface est lisse, peu vasculaire, atonique, non bourgeonnante. La suppuration est minime. Les téguments voisins sont anémiés. Douleur nulle, aucune gêne dans la marche. L'état général est satisfaisant.

Observation XIII

Epithélioma de la cuisse développé sur une cicatrice de brûlure.

Ablation de ganglions inguinaux dégénérés. Guérison.

(Observation communiquée par M. Kirmisson).

Perrot, Auguste, menuisier, âgé de 34 ans, entré le 25 avril 1883, à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, lit n° 23.

Cet homme s'est fait une vaste brûlure, avec de l'alcool enflammé, au membre inférieur gauche, à l'âge de 12 ans. La plaie était entièrement cicatrisée au bout d'un an seulement.

Actuellement, il existe une cicatrice étendue qui occupe la face antérieure et externe de la cuisse gauche, sa partie infé-

rieure et enveloppe toute la région du genou. Dans le creux poplité, il existe des brides cicatricielles qui s'opposent à l'extension complète de la jambe.

A la partie postérieure et externe de cette cicatrice, à peu de distance au-dessus du genou, est développé un épithélioma, de forme papillaire, dont le début remonte environ à 6 mois.

La plaque d'épithélioma occupe aujourd'hui une surface de 15 centimètres de longeur sur 10 de large.

La tumeur est survenue consécutivement à une déchirure de la cicatrice produite par un clou. La peau est mobile sur les parties profondes. Dans l'aine existent quelques petits ganglions mobiles.

La santé générale du malade est très bonne. Rien à noter dans l'hérédité. Aucune maladie antérieure. Ni sucre ni albumine dans l'urine. Perrot a huit enfants tous bien portants.

2 mai 1883. — Ablation de la tumeur pratiquée avec le thermo-cautère à un centimètre en dehors de ses limites. Pas de sang perdu pendant l'opération. La palpation ayant dénoté la présence de quelques ganglions dans l'aine, on va à leur recherche ; quatre sont enlevés dont un volumineux et suspect dont malheureusement l'examen histologique n'a pu être fait.

Pansement avec des bandelettes de tarlatane imbibées d'acide phénique à 1/20e.

8 mai. — Suppuration abondante. Même pansement.

1er juin. — L'étendue de la plaie semble diminuer légèrement, les bords commencent à empiéter sur la surface ulcérée. La plaie de l'aine est complétement fermée.

10 juin. — On remplace le pansement phéniqué qui déter-

mine de l'irritation de la plaie et de son pourtour par un pansement à la pommade boriquée, renouvelé tous les deux jours.

25 juin. — Suppuration très abondante, accompagnée d'un léger suintement sanguin, cicatrisation lente. Etat général excellent.

A partir de ce moment, rien de particulier à noter sauf la lenteur du travail de cicatrisation.

13 octobre. — Le malade quitte l'hôpital sans être complétement guéri et revient de temps en temps se faire panser. Aucune menace de récidive.

. . . . . .

Nous avons eu de ses nouvelles au mois de septembre 1887. Il avait pu reprendre son travail le lendemain de sa sortie de l'hôpital et l'a toujours continué depuis. La guérison se maintenait complète depuis le mois de novembre 1883.

Observation XIV

Epithélioma développé sur une ancienne cicatrice du dos de la main. Destruction des parties molles, ouverture des articulations carpo-métacarpiennes. Amputation de l'avant-bras. Guérison.

(Observation due à l'obligeance de M. le Dr Bousquet, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Clermond-Ferrand.)

Pierre, D... de Laujeac, 60 ans, vieillard vigoureux, vient nous consulter au commencement de mars 1887, au sujet d'une ulcération qu'il porte sur la face dorsale de la main droite.

Voici l'histoire de ce malade :

Il y a trente trois ans, D... se laissa prendre la main dans un engrenage de cylindres en bois. Grâce à sa vigueur, il put faire sauter le système et le bras fut épargné, mais la mutilation de la main fut cependant assez sérieuse. D... guérit avec conservation de la main droite sur la face dorsale de laquelle il resta, dans une étendue d'environ cinq à six centimètres, une cicatrice molle, rouge, facile à déchirer et saignant au moindre contact. Pour protéger cette cicatrice. D... dut porter un gant de cuir. Il ne souffrait du reste pas.

En mars 1886. — 32 ans, après l'accident. — D... éraille sa cicatrice en taillant sa vigne. Au lieu de se cicatriser, cette éraillure s'élargit, prend un aspect ulcéreux et au bout de huit à neuf mois présente les dimensions d'une pièce de cinq francs. L'ulcération suivant une marche progressive, malgré l'application de divers topiques, le malade alla consulter le Dr Vibert du Puy qui détruit par un caustique (probablement la pâte de Vienne), l'affection qui offrait un aspect fongueux. Cette dernière continua à s'accroître.

Quand le malade vint nous consulter, nous constatons une ulcération sanieuse, à bords déchiquetés, sur la face dorsale de la main droite. Les parties molles et les tendons extenseurs de l'index et du médius sont détruits, soit par le néoplasme soit par les applications de caustique qui ont été répétées trois fois, à quinze jours d'intervalle.

Les doigts correspondants sont fléchis dans la paume de la main, leurs articulations carpo-métacarpiennes sont ouvertes. Le diagnostic d'épithélioma ne peut être discuté.

Nulle part, nous ne trouvons de ganglions ni dans l'aisselle ni au coude. Douleurs vives, calmées par les injections de morphine.

On propose au malade l'amputation de l'avant-bras qui est acceptée.

Le 30 mars, le docteur Bousquet pratique l'opération, comme il dit, le plus loin possible du mal, c'est-à-dire au tiers supérieur de l'avant bras. Malgré toutes les précautions antiseptiques, il y eut une légère suppuration accompagnée d'une mince rondelle de nécrose, sur chaque os. Guérison parfaite six semaines après.

Depuis lors, M. D. n'a cessé de jouir d'une excellente santé.

. . . . . .

D'après M. Bousquet, le malade était prédisposé au néoplasme *locus minoris resistentiæ* parce qu'il avait perdu une de ses tantes d'un cancer du sein et un de ses fils, à l'âge de trente ans, d'un cancer de l'estomac. La cicatrice constituait un faible favorable au développement du néoplasme sur ce point

L'influence de l'héridité sur le développement du cancer est généralement admise aujourd'hui. Mais elle ne nous paraît pas bien démontrée pour le cas de D.., car l'auteur de l'observation ne relève pas de décès causés par des affections cancéreuses, dans les ascendants directs du malade.

M. Péan a eu la bonté de nous communiquer les épreuves des tomes VI et VII de ses *Cliniques chirurgicales* de l'hôpital Saint-Louis, dont nous extrayons les deux observations qui suivent :

Observation XV

Épithélioma développé sur la cicatrice d'une brûlure.
Ablation, juillet 1883.

Génin, 52 ans. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle.

Il y a vingt ans, brûlure de la région temporale. Cicatrice gaufrée présentant une bride blanchâtre allant de la région temporale à la racine des cheveux. Apparition l'année dernière, à sa partie inférieure, d'un petit bouton que la malade a irrité par des pommades et le grattage ; une ulcération lui a succédé, d'une largeur d'une pièce de 50 centimes, à bords durs et fond rouge et saignant, présentant une marche extensive.

Opération. — Ablation large sans réunion.

La malade n'a pas été revue.

(*Clinique chirurgicale*, tome VI, p. 62).

Observation XVI

Epithélioma développé sur une cicatrice.

Perrin, Alexandrine, cinquante quatre ans, concierge, entre le 25 octobre 1880, salle Denonvilliers, n° 41.

Rien dans l'hérédité. A l'âge de cinq ans, elle a fait une chute sur le front. La plaie a suppuré et laissé une cicatrice en ce point.

Depuis quatre ans, la malade voyait de petites croûtes se former au niveau de la cicatrice. Elle les enlevait fréquemment et bientôt une ulcération leur a succédé qui s'est agran-

die peu à peu. Le fond bourgeonnait et dépassait les bords. A la suite d'un coup, le mal a fait des progrès plus rapides, surtout depuis trois mois.

Etat actuel. — Ulcération bourgeonnante, de l'étendue d'une pièce de cinq francs, siégeant au milieu du front, près de la racine des cheveux.

Bords rouges, un peu indurés. A droite, on aperçoit ce qui reste de la cicatrice.

La tumeur, peu mobile, paraît adhérer au périoste. Pas de ganglions.

État général excellent.

28 octobre. — Opération. On circonscrit la tumeur par une incision au bistouri. Le périoste est enlevé au moyen de la rugine.

Pansement à l'iodoforme et au sublimé.

2 novembre. — La plaie bourgeonne bien. Pansement à l'eau boriquée à cause d'une éruption hydrargyrique apparue à la face.

15. — Cicatrisation. La malade quitte l'hôpital.

. . . . . .

L'examen microscopique de la tumeur fut pratiqué par M. le Dr Paul Raymond, qui a bien voulu nous le soumettre.

La pièce est durcie dans l'alcool absolu et colorée au picrocarmin. Ses caractères sont les suivants :

La coupe porte à la fois sur la peau saine voisine de la cicatrice, sur cette dernière, et sur l'épithélioma.

Au niveau de la peau saine, on ne constate rien d'anormal. Cependant, les papilles du derme sont peu développées. L'épiderme est intact. On trouve un follicule pileux et une glande sébacée parfaitement intacts. A la partie inférieure, une glande sudoripare saine.

Au niveau de la cicatrice, toute trace de papilles a disparu ; on ne voit qu'une couche de petites cellules cornées, mal colorées et très minces. Au-dessous d'elle deux ou trois couches, à peine, de petites cellules aplaties ne rappelant que de loin la structure de l'épiderme. Cependant quelques cellules sont plus colorées, chargées de quelques gouttelettes déléidines et représentent le stratum granulosum. Le derme offre ses éléments fibreux et élastiques, ceux-ci peu abondants. Au niveau de la cicatrice, on ne trouve plus aucune trace de glandes ni de follicules pileux, mais à mesure qu'on se rapproche des bords de l'ulcération, on voit les cellules du corps muqueux de Malpighi proliférer, se tasser, pousser, dans les régions voisines du derme, des prolongements. Ceux-ci, d'abord peu accentués, prennent une importance de plus en plus considérable. Ils s'épanouissent et se dichotomisent dans tous les sens. Ils ont acquis leur maximum de développement au centre de l'ulcération, où les espaces interpapillaires présentent des dimensions exagérées.

Ils s'entremêlent à des tractus de tissu conjonctif qu'ils segmentent, et forment de la sorte des amas de cellules isolés.

Les cellules du corps muqueux qui forment ces prolongements d'abord en doigts de gant puis dichotomisés sont d'autant plus larges et d'autant moins colorées qu'on se rapproche davantage du centre de l'ulcération.

CONCLUSIONS

1° La dégénérescence épithéliale du tissu de cicatrice est fréquente. Elle reconnaît pour cause et origine l'imperfection anatomique de la structure de son revêtement épidermique.

2° Elle survient, le plus ordinairement, sur les cicatrices anciennes.

3° On l'observe, plus rarement, sur les cicatrices jeunes ou dont la formation est à peine complète. Dans ce cas, le processus de réparation, retardé ou souvent interrompu, n'a pas suivi sa marche régulière normale.

4° Les cicatrices étendues de brûlures et de plaies contuses graves, dont les tissus ont fourni une longue suppuration, les cicatrices irrégulières, difformes, vicieuses, y sont particulièrement exposées.

5° Néanmoins, toute cicatrice, même petite ou linéaire, peut devenir le point de départ d'un épithélioma.

6° Le développement de la tumeur est déterminé par une cause irritative extérieure, agissant localement, ou par une lésion quelconque de la cicatrice qui produisent son ulcération.

7° Dans les cas plus rares, où ces causes font défaut, le néoplasme apparaît comme une manifestation spontanée de la tendance du tissu inodulaire à subir, en raison de sa structure même, la dégénérescence épithéliale.

8° Cette dégénérescence se montre indépendante de

l'hérédité comme de tout état diathésique du malade et se comporte comme une affection purement locale, de nature maligne.

9° La marche du mal est lente, mais toujours envahissante.

10° Les ganglions lymphatiques demeurent, le plus souvent intacts. Les symptômes fonctionnels sont peu accusés.

11° Le pronostic est sérieux. Les récidives sont à craindre.

12° L'ablation de la tumeur devra être pratiquée de bonne heure. On s'efforcera de restreindre, le plus possible, par les moyens appropriés, l'étendue de la cicatrice opératoire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

Adelmann. Günzb. Zeitschr., 1858-1859.
D'Ambrosio. Movimento Napoli, 1877, p. 273-290.
Aubert. Sociét. Scienc. médic. de Lyon, août 1876.
Ballmanno. Méd. Tim. A. Gaz., t. II, p. 512, 1878.
Baraduc. Bullet. Soc. anat., oct. 1876.
Bard. Lyon méd., 26 août 1877.
Bérard. Dict. de méd., t. XII, p. 547.
Bidault. Th. de Lille, 1886.
Bidder. Deutsch. Zeitsch., 1874-75, t. V, p. 127.
Billroth. Patholog. chirurgic. génér., 1868, p. 781.
Blum et *M. Duval*. Arch. gén. de méd., 1883, p. 129-145.
Boegehold. Ueber die Entwickelung von malignen Tumoren aus Narben (Virchow's Arch., 1882. Bd. 88, p. 229-246.
Bousquet. Sociét. de chirurg., 26 octobre 1887.
Brigidi. Intorno all. questione dell. genesi del cancro dall'-epitelio. Sperimentale, Firenze, 1874, p. 428-436.
Broca. Trait. des tumeurs, t. I, p. 219.
Bryant. Méd. Times A. Gazette, 17 oct. 1874.
Idem. The Lancet. 2 sept. 1882.
Idem. The Lancet, 23 février 1884.
Clément. Quelq. considérat. sur le cancroïde des cicatr. Th. de Strasbourg, 1868.
Cohnheim. Vorlesungen über allgem. Pathol.
Cornil. Contribut. à l'étude du développement histol. des tum. épithél. Journ. de l'Anatom., t. II, p. 266 et 476, 1865.

1. Voir dans les tableaux, le complément des indications bibliographiques.

Crouzet (*G.*). Contribut. à l'étude des cicatrices. Th. de Paris, 1879.

Cruet. Sociét. Anat., 18 janv. 1878.

Devergie. Trait. des mal. cutan., 1854, p. 570.

Dubuclet. Essai sur l'épithélioma du pied. Th. de Paris, 1874.

Dupuy. Bullet. Sociét. Anat., novembre 1872.

Dupuytren. Leçons orales de clinique chirurgicale, t. VI, p. 126.

Flower. Transact. Pathol. Sociét. Lond., 1859, t. X, p. 253.

Follin. Étude sur les végétations des cicatrices et des ulcères. Gazette des hôpit. Paris, 1849, p. 299, 305 et 312.

Follin et *Duplay*. Trait. de Pathol. ext., t. I, p. 513.

Geber. Wiener médiz. Presse, 1871, p. 97-101.

Gimelle. Bullet. de l'Académ. de méd. Paris, 1842-43, t. VIII, p. 992.

Guiard. Annal. des mal. des v. génit. urin., 1883, t. I, p. 513-568.

C.-H. Hawkins. An warty tumos in cicatr. Lond. méd. Gazett. 1834, t. XIII, p. 481.

Id. Seven cases of. wart. tum. Méd. chirurg. transact. Lond., 1835, t. XIX, p. 19-34, et Pathol. A. Surg. Writ. Lond., 1874, t. I, p. 149-157.

Id. Clinical Lecture, Lond. méd. Gaz., 1841, t. XXVIII, p. 872-877.

Heurtaux. Du cancroïde en général. Th. de Paris, 1860.

J. Hyvernaud. Du traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse. Th. de Paris, 1887.

W. Hulke. Méd. Times A. Gaz., 8 juillet 1871.

Idem. Ibid. 8 févr. 1873.

Jaja. Giornal. italian. per le malad. vénér. e d. pelle, 1887, fasc. I.

Jauzion (*Ur.*). Contribution à l'étude de l'épithélioma des cicatrices. Th. de Paris, 1876.

Fr. Kindler. Ein Fall. von Narbencarcinom. 8°. Greisfswald, 1886.

Küss. Gaz. méd. de Strasbourg, 1845. p. 109-110.
Lailler. France médic., 1877. Clinique de l'hôp. Saint-Louis.
Lawson. Brit. méd. Journ., 1er novembre 1879.
Id. Méd. Times A. Gazett., 1883, t. I, p. 683.
Lebert. Trait. prat. des malad. cancér., p. 661.
Levêque. Trait. de l'épithélioma bénin de la face par le chlorate de potasse. Th. de Paris 1880.
Luton. Bullet. Sociét. médic. de Rheims, 1876.
Lutz. Saint-Louis, Courr. médic., 1885, XIV, 118-120.
J. Macpherson. Lond. méd. gaz., décemb. 1844.
Marcuse. Deutche Zeitschrift f. chirurg., 1876-77. Bd. VII, S. 550.
Marjolin. Dict. de méd, en 21 vol., 1828.
Milani (G.). Gazett. méd. italian. lombard., Milano, 1871, IV, p. 415.
Nicoladoni. Archiv. für Klinisch. chirurg., 1881, t. XXVI.
Parmentier. Bullet. Sociét. anat., 1864, p. 303.
Pedraglia. Wier Fälle von Epithelialkrebs auf alten Narben Inaug. Dissertat. Giessen, 1853.
Pilate (d'Orléans). Bull. Soc. de chirurg., 1880.
Poncet (de Lyon). Association franç. pour l'avancem. des Sc. Congrès d'Alger, 14-21 avril 1881.
P. Raymond. Ann. de dermat. et de syphilig., 25 mars 1887.
Reclus. Gazette des Hôp., 1er mars 1887.
Reed (J.). Prov. méd. and Surg. Journal. London 1852, p. 62.
Rindfleisch. Lehrbuch der path. Geweb, Lief. I et II. Leipzig, 1866 et 1867.
Secheyron. Bull. Sociét. Anat., 30 oct. 1885.
Terrier. Éléments de pathol. chirurg. génér., IIe fasc., p. 666.
Thiersch. Der Epithélialkrebs, namenttich der Haut. Leipzig, 1865.
Verneuil. Observat. pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau. Archiv. génér. de Médec., 5e série, t. III p. 555, et t. IV, p. 447 et 693, 1854.

Verneuil. Gaz. des Hôp., 2 déc. 1886.
Vidal. Du lupus (Leçons recueillies par M. Colson, 1879, p. 12).
Idem. Gaz. des Hôp., 1879, p. 909.
Villar. Tumeur de l'ombilic. Th. de Paris, 1886.
Virchow. Zur Entwickelungsgechischte des Krebses. Arch. für path. anatom., t. I, p. 94, 1847.
Idem. ibid T. III, p. 197, 1849.
Idem. Pathog. des tumeurs, t. I, p. 62.
Waldeyer. Die Entwicklung der Carcinome, Breslau, 1867 (in Virchow's Archiv., t. 41, p. 470-522 et t. 55, p. 67-157).
O. Weber. Pitha et Billroth, Handbuch, B. I, Lief. I, p. 289.
Wernher. Chirurgisch. Mittheilungen, Giessen, 1849.

Vu par le Président de la thèse,

DUPLAY

Vu par le doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

Imprimerie des Écoles, HENRI JOUVE, 23, rue Racine, Paris.

OBS.	AUTEURS MM.	DATE	Sexe	AGE	CICATRICE ORIGINE	CICATRICE AGE	SIÈGE	Mode de Début.
I	Quénu.	1886	F.	71	Cautère.	1 an.	Bras.	Papule.
II	Tillaux.	1886	H.	56	Brûlure.	40	Jambe.	Ulcération.
III	Tillaux.	1886	F.	4	Brûlure.	34	Main, avant-bras, cou, genoux.	Excroissance verruqueuse.
IV	Le Dentu.	1886	F	53	Brûlure.	42	Genou et cuisse	Ulcération.
V	Le Dentu.	1886	F.	43	Brûlure.	33	Membre inférieur.	Ulcération.
VI	Le Dentu.	1887	H.	68	Fracture avec plaie.	6 mois.	Jambe	Papule.
VII	Le Dentu.	1887	H.	44	Blessure d'arme à feu.	5 ans.	Région temporale.	Papule.
VIII	Duplay.	1887	H.	44	Arthrite suppurée et trajets fistuleux.	4 mois.	Dos de la main.	Papule.
IX	Richet.	1879	H.	70	Ostéo-myélite du tibia.	1 mois.	Jambe.	Induration.
X	Richet.	1879	H.	62	Circoncision.	1 an.	Prépuce.	
XI	Richet.	1879	H.	74	Perforation du lobule de l'oreille.		Oreille.	Ulcération.
XII	Kirmisson.	1881	F.	22	Brûlure.	9 ans.	Cuisse.	Papule.
XIII	Kirmisson.	1883	H.	34	Brûlure.	20 ans.	Cuisse.	Déchirure de la cicatrice. Ulcération.
XIV	Bousquet.	1887	H.	60	Plaie contuse.	32 ans.	Main.	Éraillure de la cicatrice. Ulcération.
XV	Péan.	1883	F.	52	Brûlure.	19 ans.	Région temporale.	Papule.
XVI	Péan.	1880	F.	54	Plaie contuse.	45 ans.	Front.	Squasmes, ulcération.

nelles et inédites.

R Dimensions	Généralisation (ganglionnaire, osseuse, viscérale).	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES
Mandarine.	Pas de ganglions.	Ablation.	Guérison.	
Paume de la main.	Propagation au tibia. Engorgement inflamm. d'un gangl. inguin.	Amputation de cuisse.	Guérison.	
8 cent. 1/2 sur 7.	Pas de ganglions.	Amputation du bras.	Guérison.	
20 centimètres de longueur.	Dégénéresc. épithéliale d'un ganglion de l'aine, généralisation viscérale (foie, rate, rein).	Ablation de la tumeur et du ganglion dégénéré.	Mort.	
Main.	Dégénéresc. épithéliale d'un gangl. inguin.	Amputation de la cuisse.	Guérison.	
15 centimètres de longueur.	Trois ganglions inguinaux dégénérés.	Amputation de cuisse. Ablation des ganglions.	Sphacèle du moignon. Pneumonie. Mort.	
6 centimètres.	Pas de ganglions.	Abstention.	Mort probable.	
Pièce de 5 francs.	Engorgem. inflamm. d'un gang. épitrochléen.	Ablation.	Guérison.	
Largeur de la main.	Propagation au tibia.	Abstention. Ablation. Ablation.	Erysipèle infectieux. Mort.	
16 centimètres de longueur.	Pas de ganglions, au début. Plus tard, dégénérescence épithéliale des gangl. inguinaux.	Ablation. Récidive, grattage, 2e récidive, 2e grattage, 3e récidive, ablation au thermo-cautère de la tumeur et des gangl. 4e récidive. Seconde ablation au thermo-cautère, guérison incomplète.		
15 centimètres de longueur	Dégénéresc. épithéliale des gangl. inguinaux.	Ablation au thermo-cautère.	Guérison.	
	Ouvertures des articulat. carpo-métacarpiennes. Pas de ganglions.	Amputation de l'avant-bras. Ablation.	Guérison.	
Pièce de 5 francs.	Pas de ganglions.	Ablation.	Guérison.	

OBS.	AUTEURS et Indications Bibliographiques	DATES	SEXE	AGE	CICATRICE			Mode de déb
					Origine	Age	Siége	
1	Dupuytren. (*Leçons or. de clin. chirurg.*, t. VI, p. 126.	1839	H.		Brûlure profonde.	Datait de l'enfance.	Articulat. tibio-tarsienne.	Déchirur la cicatrice t raillement).
2	*Id.*		F.	60 ans.	Brûlure.	55 ans.	Main et avant-bras.	Idem.
3	Hawkins. *Lond. méd. gaz.*. t. XXVIII, p. 817-872.	1841	H.	30	Plaie contuse grave.	19 ans.	Extrém. supér. de la jambe.	Ulcérati sur la tête péroné.
4	*Id.*		H.		Brûlure.	20 ans.	Dos de la main.	Ulcération
5	*Id.*		H.		Brûlure.	Enfance.	Jambe.	
6	Boyer. (*Trait. des mal. chirurg.*, t. II, p. 753).	1845	H.	45	Blessure par arme à feu.	C. ancienne.	Jambe.	Ulcération.
7	Mœckel. (*Schmidt's Iahrb.*, p. 205).	1845	H.		Coups de fouet.	7 ans..	Epaule.	
8	*Id.*		H.		Brûlure très étendue.		Membre supérieur.	Ulcérati au niveau pli du coude
9	Wernher. (*Chirurg. Mittheilungen, Giessen*).	1849	H.		Plaie contuse très grave du membre supérieur.	8 ans.	Main et avant-bras.	Ulcérati au pli du po gnet.
10	Robert. W. Smith. (*Dublin Journ.*, mai).	1850	H.	57	Blessure.	C. ancienne.	Face int. de la jambe.	Ulcération.
11	*Id.*		H.	56	Plaie contuse.		Jambe.	
12	*Id.*		F.	45			Gros orteil.	
13	*Id.*		F.	60			Talon.	
14	Fearnside. (*Lond. gaz.*, sept.).	1850	H.	55		9 ans.	Jambe.	Papule.
15	C. Pedraglia. (*Dissertat. Inaug. Giessen*).	1853	H.	57	Fracture du tibia et du péroné avec plaie	18 ans.	Jambe.	Ulcérat. ré pétées de l cicatrice.
16	*Id.*		H.	45	Brûlure.	44 ans.	Face.	Papule.
17	*Id.*		H	43	Ostéo-périostite.	29 ans.	Jambe.	Tuméfact fongueuse.
18	Velpeau. (*Gaz. des Hôpit.*, 26 août).	1854	H.		Brûlure.	C. ancienne.	Main.	Ulcération.

R — Dimensions	GÉNÉRALISATION (ganglionnaire, osseuse, viscérale)	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES
Vaste cancer (Dupuytren).		Amputation de jambe.		
Horrible cancer (d.)		Amputation du bras	Mort.	Cicatrices difformes, tendues, saillantes.
8 pouces sur 5.	Propagat. au tibia. Engorgement ganglionn. inflammat.	Amputat. de cuisse.	Guérison.	
Une demi-couronne.		Ablation.		
2 pouces sur 4.		Amputat. de jambe.	Guérison.	
Une ligne et demie de profondeur.	Engorgement gangl. inflamm.	Amputat. de jambe.	Mort.	Hémorrhagies incoercibles, amputat. de cuisse, ulcération cancéreuse de l'art. fémorale.
Trois tumeurs, du vol. d'une pièce de 2 francs.		Ablation.		
6 centimètres.		Refus de traitement.		
22 cent. sur 16.	Pas de ganglions. Extension aux part. profondes.	Amputat. du bras.	Guérison.	Trois ans pour la cicatrisat. de la plaie primitive.
	Propagat. au tibia. Engorgement gangl. inflammat.	Amputat. de cuisse.	Pneumonie. Mort.	
		Amputat. de jambe.	Mort de pyohémie.	
		Désarticulat. du gros orteil.	Guérison.	
	Engorgement gangl. inflammat.	Ablation.	Récidive. Mort par adynamie.	
Volume d'un œuf.	Pas de ganglions.	Deux cautérisat. (pâte de Canquoin).	Guérison.	
15 centim.	Ganglions intacts. Extension aux os.	Amputat. de jambe.	Mort par septicémie.	
8 centim. sur 5.	Gangl. sains. Envahissement des os.	Cautérisations.	Mort.	
19 centim.	Envahissement des os. Engorgement inflamm. des gangl.	Amputat. de jambe.	Guérison.	
		Amputat. de l'avant-bras.	Récidive dans la cicatr. du moignon. Amputat. du bras. Guérison.	La récidive mesurait 12 centimètres.

OBS.	AUTEURS et Indications Bibliographiques	DATES	SEXE	AGE	CICATRICE			Mode de Début
					Origine	Age	Siége	
19	Broca *Bull. Soc. Anat.* p. 446.	1855	H	29	Brûlure.	6 mois.	Région temporale.	Excoriation de la cicatrice
20	Atkinson *Médical Times.* t. I, p. 406.	1857	H	54	Blessure par arme à feu.	28 ans.	Talon.	Tuméfaction
21	Berlet *Union médic.* n° 48.	1858	H	60	Brûlure.		Front.	Ulcération.
22	Flower *Transac. Pathol. Soc. Lond.* t. X, p. 253.	1859	F	27	Brûlure grave.	18 ans.	Cou, tronc, membre supérieur.	Papule.
23	Humphry *méd. Tim. a. Gaz.* 19 janv.	1861	H	33	Plaie contuse.	16 ans.	Jambe.	
24	*Id. ibid.*		H	27	Plaie contuse.	15	Cuisse.	Eraflure de la cicatrice.
25	*Id. ibid.*		H	43	Fracture avec plaie.	20	Cuisse.	
26	*Id. ibid.*		H	46	Brûlure.	De l'enfance.	Coude.	
27	Parise *Bult. méd. du Nord.* Lille. p. 380.	1863	H	48	Fracture avec plaie.	27 ans.	Mollet.	Lymphite, prurit de la cicatrice. Papule
28	Broca *Trait. des tumeurs*, t. I. p. 219.	1866	H	75	Blessure par arme à feu.	42	Jambe.	Ulcération de la cicatrice
29	C. Delagarde *Saint-Bartholom. Hosp. Reports* t. III. p. 322.	1867	F	45	Brûlure très étendue.	40	Face, cou, tronc, membre supérieur.	Ulcération.
30	*Idem Ibid.*		F	64	Brûlure grave.	56	Membre supérieur.	Ulcération.
31	Frotingham *Boston. méd. a. Surg.* Journ. t. 77, p. 15.	1867 18 8	F	35	Brûlure.	De l'enfance.	Epaule.	Excroissances sur la cicatrice.
32	Bœckel Clément, th. de Strasbourg.	1868	H	44	Carie.	27 ans.	Bras.	Tumeur verruqueuse.
33	H. Baas *Wiener médiz. Wochenschr.* n° 47.	1870	F	34	Brûlure.	3	Joue.	Tuméfaction fongueuse.
34	Panas. *Bull. Soc. Anat.* janv.	1870	F	24	Brûlure.	17	Jambe.	Ulcération.

MEUR Dimensions	GÉNÉRALISATION (ganglionnaire, osseuse, viscérale)	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES
6 centimètres.	Pas de ganglions. Envahissement des parties profondes.	Ablati n.	Récidive dans la cicatrice. Ablation complexe, guérison.	Récidive due à une ablation restreinte par le voisinage de la conjonctive.
		Ablation.	Réci ive. Cautérisations répétées sans résultat, ablation du calcanéum dégénéré. Guérison.	
Noix.		Cautérisations au chlorure de brôme.	Destruction partielle. Ablation. Guérison.	
Longueur du bras.	Dégénérescence cancéreuse des ganglions axillaires.	Désarticulation de l'épaule, ablation des ganglions.	Guérison de l'opé ation. Récidive locale avec dégénérescence des ganglions cervicaux.	Mort probable.
Deux pouces.		Deux cautérisations au chlorure de zinc.	Guérison.	
Ulcération étendue.	Propagation au fémur. Pas de ganglions.	Désarticulation de la hanche.	Guérison.	
	Envahissement du fémur. Pas de ganglions.	Amputation de cuisse.	Guérison.	
6 pouces sur 4.		Cautérisations.	Nul. Ablation complexe. Autoplastie. Guérison.	
15 centimètres.	Dégénérescence des ganglions inguinaux.	Amputation de cuisse. Ablation des ganglions.	Guérison.	
Paume de la main.	Envahissement du tibia.	Abstention.	Mort.	
Longueur du bras.		Amputation du bras.	Guérison.	Cicatrices difformes avec brides saillantes.
7 centimètres.	Pas de ganglions.	Amputation du bras.	Guérison.	Idem.
Orange.		Ligature.	Nul.	
Œuf de poule.	Ganglions intacts.	Ablation et cautérisation.	Récidive locale. Seconde ablation. Guérison.	
Un thaler.	Ganglions sains.	Cautérisation.	Nul. Ablation. Récidive.	Mort probable.
		Amputation de cuisse.		

NUMÉROS	AUTEURS et Indications Bibliographiques	DATES	SEXE	AGE	CICATRICE			Mode de Début
					Origine	Age	Siége	
35	J. W. Hulke *Méd. Times. a. Gaz.* 8 juillet.	1871	H	64 ans.	Plaie contuse très grave.	30	Avant-bras.	Déchirure par tiraillements de la cicatrice. Excroissance verruqueuse sur sa partie la plus mince.
36	J. W. Hulke. (*Méd. Times à Gaz.*, 8 juillet).	1871	F	47 ans.	Brûlure grave.	De l'enfance.	Dos.	Déchirure de la cicatrice par un coup, Excroissance verruqueuse.
37	Charcot. (*Bullet. Soc. Anatom.*, p. 36).	1873	F	75	Coupure.	3 ans.	Plante du pied.	
38	Bryant. (*Méd. Times à gaz.*, 17 oct.)	1874	H	58	Amputation de jambe.	50	Jambe.	Déchirure de la cicatrice.
39	Vernouil. (Dubuclet. Th. de Paris 1874).	1874	H	54	Blessure.	1	Malléole interne.	Squames.
40	Gosselin. (*Bullet. Soc. Anat.*, p. 565).	1874	H	52	Arthrite suppurée avec trajets fistuleux.	37	Genou.	Ulcération.
41	Forster. (*Guy's Hapit. Rep.*, 1875 T. XX. p. 77)	1875	H	43	Brûlure grave.	30	Dos et membre supér.	Papule. au-dessus de l'olécrâne, sur la partie la plus mince de la cicatrice.
42	Marcuse. (*Deutsch. Zeitschr.*, VII p. 550.	1876	F	23	Brûlure grave.	12	Cuisse.	Déchirures.
43	Péan.	1876	H	32	Brûlure profonde (8 ans de cicatrisation)	18.	Fesse et racine de la cuisse	Variole 4 ans auparavant, pustules sur le tissu de cicatrice; large ulcération de celle-ci développ. d'un champignon fongueux enlevé 2 ans avant.
44	Alph. Guérin. (*Soc. Anatom.*, 18 janvier.)	1878	H	57	Brûlure.	53	Plante du pied.	Durillon qui fut excisé par le malade.
45	Heurtaux. *Bullet. Soc. anat. de Nantes*, t. 11, p. 49.	1878	H	51 ans.	Brûlure	35 ans	Poignet.	
46	O' Sulivan, (*in Bech, Deusch. Zeitschr* 1881 p 261)	1879	H	75 ans.	Brûlure	ancienne	Main.	Ulcération.

MEUR Dimensions	GÉNÉRALISATION (ganglionnaire, osseuse, viscérale)	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES
4 pouces sur 5.	Pas de ganglions.	Amputation du bras.	Guérison.	Hérédité nulle. 3 ans de cicatrisation de la plaie.
Partie infér. de l'omoplate.		Ablation et cautérisa. avec la pâte de Vienne.	Guérison.	3 ans de cicatrisation de la brûlure. Cautérisat. antér. sans effet.
Saillies rouges, dures, multiples.	Généralisat. cancér. dans les lymphat. du membre inf. les gangl. inguin. le péricarde, cœur, poumons, reins.	Abstention.	Mort.	Ablation de la tumeur et récidive l'année précédente.
	Engorg. gangl. inflam.	Amputat. de cuisse.	Guérison.	
Pièce de 2 francs.	Pas de ganglions.	Cautérisat. avec la pâte de Vienne.	Guérison.	Varices très développées.
Large excavation.	Engorg. inflam. des gangl. inguin. Propagat. aux os.	Amputat. de cuisse.		
4 pouces sur 2	Pas de ganglions.	Amputat. du bras.	Guérison.	5 ans de cicatrisation de la brûlure.
9 centim. sur 6	Pas de ganglions.	Grattage à la curette.	Récidive locale. Ablation. 2me récidive. Amputation de cuisse. Guérison.	3 ans id.
17 centim. sur 13.	Pas de ganglions.	Ablation.	Guérison.	
Toute la région plantaire.	Dégénéresc. canc. des os du pied, du tiers inférieur de ceux de la jambe et d'un gangl. poplité.	Amputat. de jambe.	Guérison.	Douleurs et hémorrhagies.
Volume d'une noix. 7 centimètres sur 9 après l'amputation.	Pas de ganglions.	Cautérisation avec la pâte de canquoin.		
	Engorgement inflammat. des g.	Amputation de l'avant-bras.	Nul. Amputation de l'avant-bras. Guérison.	Mère morte d'un cancer à la face à 78 ans

OBS.	AUTEURS et Indications Bibliographiques	DATES	SEXE	AGE	CICATRICE			TU
					Origine	Age	Siége	Mode de Dél[illegible]
47	*Idem.*	1878	F	55 ans.	Brûlure ancienne		Articulation métacarpophalangienne du pouce gauche.	
48	Petit fils. (Société. anatom., 20 juin).	id.	H	51	Brûlure	36 ans	Poignet.	
49	Pineau, de Châteauroux. (*Gaz. hebd.*, p. 269 et 794).	1879	H	55	Broiement de la main	54 ans	Main	Ulcération du moignon.
50	Beck. (Deutsch. Zeitschr., p. 261).	1880	F	65	Brûlure		Région du sac lacrymal	Papule.
51	Verneuil. Sauce (th. de Paris, p. 15).	1881	H	67	Broiement de la main.	40 ans	Main	Déchirure de la cicatrice.
	O' Sullivan.	1881						
52	Bryant. (*The Lancet*, 2 sept., p. 350).	1882	F	47	Brûlure	39 ans 9 ans	Aisselle.	Ulcération au pli de l'aisselle.
53	Boegehold (Virchow's Archiv. 1882, t. 88, p. 239).	1882	H.	37 ans	Brûlure	12 ans.	Dos.	Ulcérations antérieures répétées de la cicatrice.
54	*Id. Ibid.*	id.	F.	46	Brûlure grave (plusieurs années de cicatrisation.	Enfance.	Avant-bras.	Déchirures antérieures et ulcérations rebelles.
55	*Id. Ibid.*	id.	H.	42	Brûlure profonde.	25 ans.	Jambes.	Ulcérations antérieures de la cicatrice, début par induration au point de frottement de la tige de botte sur la cicatrice.
56	Denucé (*Journal de med. a Bordeaux* 22 oct. 1882).	1882	H	56	Brûlure étendue.	54 ans.	Main et avant-bras.	Croûtes sur la cicatrice ulcération progressive par frottement de la manche.
57	Lawson, (*Med. Times, a Gaz.* 1883, t. I. p. 683.)	1883	F.	38	Inflammation ulcérative des paupières, et adhésion consécutive complète au globe de l'œil.	Enfance.	Paupières inférieures.	

Dimensions	GÉNÉRALISATION (ganglionnaire, osseuse, viscérale)	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES
	Nécrose de la tête du premier métacarpien et ouverture de l'articulation. Ganglion axillaire cancéreux.	Désarticulation du poignet, ablation du ganglion.		Ablation d'un deuxiéme cancroïde de cicatrice sur le dos et la main droite.
olume d'une .7 cent. sur 9 s l'amputation	Pas de ganglions.	Cautérisation avec la pâte de Canquoin.	Nul. Amputat. de l'avant-bras. Guérison.	Mère morte d'un cancer de la face à 78 ans.
nvahissement avant-bras.		Amputation du bras.	Guérison de l'opération.	
		Cautérisations pendant 3 ans.	Nul. 1e ablation. Récidive. 2e ablation très complète.	
	Propagation aux os. du carpe. Pas de ganglions	Amputation de l' -vant-bras.	Guérison.	
aste ulcère cancéreux.		Ablation.	Guérison.	
2 centim. sur	Pas de ganglions cervicaux.	Abstention.	Mort probable.	
	Dégénérescence cancéreuse des g. g. inguinaux.	Amputation de l'avant-bras.		Quelques mois après dégénérescence cancéreuse des ganglions axillaires. Ablation. Guérison. Mort l'année suivante de cancer secondaire du foie.
	Pas de gg.			
3 centimé res de diamètre,		Ablation de la tumeur. Autoplastie.	Guérison.	
	Pas de ganglions.			
20 centim. de ngueur sur 6 de ge.		Amputation de l'avant-bras.	Guérison.	Ulcération restée confinée dans les limites de la cicatrice.
	Pas de ganglions.			
		Ablation de la tumeur et du globe de l'œil.	Guérison.	

OBS.	AUTEURS et Indications Bibliographiques	DATES	SEXE	AGE	CICATRICE			
					Origine	Age	Siége	Mode de Dét
58	*Idem Ibid.*	id.	H.	30	Traumatisme grave.	18 ans.	Cuisse.	Ulcératio
59	Monod. (Soc. Anat. 30 mars 1883.	1883	H.	49	Brûlure étendue (cicatrices profondes).	45 ans.	Cou, bras, avant-bras, main.	Suppura des cicatr irritées par frottement vêtement. cération de cicatrice pouce pa froissemen anneaux gros cise
60	Humbert. (*Gaz. des hôpit.* 8 janvier 1884.)	1884	H.	57	Brûlures profondes et étendues.	50 ans.	Main, poignet, avant-bras.	Petite ve sur la cica (bord cub
61	Bryant. (*the Lancet*, 23 février, 1884, p 341.	1884	H.	24	Nécrose du tibia. Extraction de séquestres.	10 ans.	Jambes.	Déchi Ulcérat fongueuse
62	Verneuil *Bull. Soc. Anatom.* 9 juillet.	1886			Amputation de Chopart, en 1848. Un an de cicatrisation.	24 ans	Pied.	Ulcérati
63	Fabrice de Hilden. *Observ. Chirur. cent.* V. obs LXII.		H.	25	Cicatr. ombilicale.			Excrois
64	Civadier. (*Journ. de Méd.*, de Bruxelles T. IV p. 374).		F	40	Idem.			Petite tu dure.
65	P. H. Bérard, (*Dict. de Méde. en 30 vol.* art. *ombilic.*)		F.		id.			
66	Hue et Jacquin. (*Union méd.* 3e sér. T. VI p. 418).	1868	H.	45	id.			Petite tu du vol. noisette
67	Demarquay. (*Bullet. Soc. de chir.*	1870	F.	4	id.			
68	*Idem. Ibid.*	1870	H.	60	id.			
69	*Id. Ibid.*	1870	H.		id.			
	Epitheliomas primitifs de l'ombilic Villar, th. de Paris	1886						

MEUR Dimensions	GÉNÉRALISATION (ganglionnaire, osseuse, viscérale)	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES
7 pouces 1/2 sur 8.		Amputation de la cuisse.	Guérison.	
Tumeur fongueuse de huit cent. sur sur la face palmaire du pouce et et l'éminence thénar.	Gangl. axillaires indemnes. Propagat. au 1er méacarpien.	Amputation.		Seconde tumeur cancéreuse, voisine de la première, sur une autre cicatrice. Tumeurs du corps thyroïde et de l'orbite ayant causé la mort du père et de la mère (cancéreuse d'après l'auteur.)
10 centim. de long. sur 6 de large.	Extension au cubitus. Engorgement gangl.	Amputation de l'avant-bras.		Début de l'épithélioma sur la partie la plus saillante de la cicatrice (bride sur le bord cubital), irritée par le frottement de l'outil.
Largeur de la jambe.		Desarticulation du genou	Guérison.	
		Ablation en 1873.	Récidive en 1883. Amputation de cuisse, en 1886, guérison.	
Noix.		Ligature.	Guérison.	
Tête d'un enfant nouveau-né.		Cautérisations.	Nul. Excision. Guérison de l'opération.	
Pomme.	Paroi abdominale.	Refus de traitement	Mort probable.	
Masse fongueuse du volume du poing.	Paroi abdominale et vessie.	Abstention.	Mort.	Cancer calloïde.
Tumeur ulcérée du volume d'un œuf.	Deux ganglions dégénérés dans l'aîne.	Ablation.	Mort probable.	Epithélioma.
Tumeur en cuirasse ayant l'étendue des deux mains	Paroi abdominale.	Abstention.	Mort.	Cancer calloïde.
Volume du poing.	Paroi abdominale. Péritoine.	Abstention.	Mort.	Cancer encéphaloïde

OBS.	AUTEURS et INDICAT. BIBLIOG.	Dates	Sexe	Age	CICATRICE OMBILICALE	Mode de Débu
70	Dalbeau. (*In Blum., Archiv. génér. de méd.* vol. II.)	1876	F.	60	id.	
71	Richet (*In Blum. Archiv. génér. de méd*).	1876	H.	65	id.	
72	Desprès, (*Soc. de chirurg.* 21 mars, in thèse Godet,)	1883	H.	74	id.	Papule ul rée, doul reuse par contact des tements.
73	Péan. (observ. inédit.)		F.	62	id.	
74	Guyon (observ. inéd.)		F.	46	id.	Petite meur dou reuse.

UR Dimensions	GÉNÉRALISATION (ganglionnaire osseuse viscérale)	TRAITEMENT	RÉSULTAT	REMARQUES
Volume d'un uf.		Ablation.	Récidive sur place. Seconde opération. Guérison.	Epithélioma.
Tumeur ulcérée, u volume d'un arron.		Ablation.	Mort de péritonite.	
Volume d'une hâtaigne.	Adhérence à l'épiploon.	Ablation.	Guérison.	Epithélioma.
Vol. du poing.	Adhérence à l'épiploon.	Ablation.	Mort par péritonite.	Epithélioma.
Volume d'un euf d'oiseau.		Ablation.	Guérison.	Epithélioma.